
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 028/011

Entwicklungsstufe:

1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag, ISBN: 3-7691-0421-8

Essstörungen (F50)

1. Klassifikation

Die Leitlinien beziehen sich auf folgende Störungsbilder:

- Anorexia nervosa (F50.0)
- Atypische Anorexia nervosa (F50.1)
- Bulimia nervosa (F50.2)
- Atypische Bulimia nervosa (F50.3).

1.1 Definition

Anorexia nervosa. Selbstverursachter bedeutsamer Gewichtsverlust, Beibehaltung eines für das Alter zu niedrigen Körpergewichtes oder unzureichende altersentsprechende Gewichtszunahme, die mit der überwertigen Idee einhergeht, trotz Untergewicht zu dick zu sein. Der Häufigkeitsgipfel liegt bei 14 Jahren.

Bulimia nervosa. Häufig auftretende Essattacken gefolgt von dem Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch unterschiedliche Verhaltensweisen (Erbrechen, Laxantienabusus, Fasten, etc.) entgegenzuwirken vor dem Hintergrund einer krankhaften Furcht, zu dick zu werden bzw. zu sein. Der Häufigkeitsgipfel der Störung liegt bei 18-20 Jahren.

1.2 Leitsymptome

Anorexia nervosa. Körpergewicht unterhalb 85% des zu erwartenden Gewichtes (Body Mass Index < 10. Altersperzentile).

- Absichtliche Gewichtsabnahme, unzureichende Gewichtszunahme oder Bestehen auf einem für das Lebensalter zu niedrigen Körpergewicht
- Gewichtsphobie
- Vermeidung hochkalorischer Speisen oder fast vollständiger Verzicht auf Nahrung und/oder Beschränkung auf spezifische Lebensmittel (z.B. Vegetarismus)

- Extrem langsames und auffälliges Essverhalten, Rituale beim Essen, Horten von Lebensmitteln
- Erbrechen und/oder Laxantienabusus und/oder Missbrauch anderer Substanzen zur Gewichtsreduktion
- Exzessive Gewichtskontrollen (z.B. mehrfach tägliches Wiegen)
- Übertriebene körperliche Aktivität, die von einigen Patienten wie ein Zwang erlebt wird
- Mangelnde Krankheits- und Behandlungseinsicht
- Perzeptionelle und konzeptionelle Störung des eigenen Körperschemas
- Amenorrhoe über mindestens drei aufeinander folgende Zyklen (gilt nicht bei medikamentöser Hormonsubstitution)
- Libidoverlust
- Somatische Folgen des Hungerns (s.u.).

Bulimia nervosa

- Wiederholte "objektive" Essattacken, bei denen große Nahrungsmengen konsumiert werden
- Erbrechen im Anschluss an Heißhungerattacken
- Missbrauch von Laxantien und/oder Diuretika und/oder Appetitzüglern und/oder anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion
- Episoden restriktiver Nahrungszufuhr
- Ggf. Menstruationsstörungen
- Störung des eigenen Körperbildes (Patientin hält sich trotz Normal- oder Untergewicht für zu dick)
- Bei einem Teil der Patienten zusätzliche Störung der Impulskontrolle
- Ladendiebstähle (in der Mehrzahl Nahrungsmittel)
- Alkohol-, Tabletten-, Drogenabusus
- Unkontrolliertes Geldausgeben
- Selbstverletzendes Verhalten.

1.3 Schweregradeinteilung

Anorexia nervosa. Ein BMI \leq 13 ist bei jugendlichen Patienten als prognostisch äußerst ungünstig einzuschätzen.

Bulimia nervosa. Der Schweregrad nimmt mit der Anzahl der Heißhungerattacken und der Häufigkeit des Erbrechens zu.

1.4 Untergruppen

Untergruppen der Anorexia nervosa

- Restriktive Anorexia nervosa:
 - § Gewichtsverlust wird ausschließlich durch Einschränkung der Nahrungszufuhr und/oder verstärkte körperliche Aktivität erreicht
- Anorexia nervosa mit zusätzlichen Gewichtsreduktionsmethoden:
 - § Neben restriktivem Essen wird selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus und/oder anderer Medikamentenmissbrauch mit dem Ziel der Gewichtsabnahme durchgeführt
- Anorexia nervosa mit bulimischen Attacken:
 - § Die Episoden eingeschränkter Nahrungszufuhr werden durch "objektive" Essattacken unterbrochen, bei denen große Mengen an Nahrung verzehrt werden. Eine Gewichtszunahme wird durch gewichtsreduzierende Maßnahmen (s.o.) vermieden (ggf. werden sowohl die Diagnose einer Anorexia als auch Bulimia nervosa vergeben).

Die beiden zuletzt genannten Untergruppen haben eine höhere Rate an medizinischen Komplikationen und eine schlechtere Prognose als der restriktive Typ.

Kindliche Anorexia nervosa. Diese Erkrankung beginnt vor Eintritt der Pubertät (präpuberale Form) oder vor Eintritt der Menarche (prämenarchale Form) und geht mit einem Stillstand oder einer Verzögerung der pubertären Entwicklung und/oder des Wachstums einher.

Untergruppen der Bulimia nervosa

- § Bulimia nervosa mit Anorexia nervosa in der Vorgeschichte:
 - § In der Vorgeschichte lässt sich eine Anorexia nervosa eruieren, die direkt oder nach einem zeitlich unterschiedlichen Intervall in eine Bulimie überging
- § Bulimia nervosa ohne Anorexia nervosa in der Vorgeschichte
- § Bulimia nervosa ohne zusätzliche Gewichtsreduktionsmethoden:
 - § Gegenregulation erfolgt ausschließlich durch verminderte Nahrungszufuhr und/oder körperliche Aktivität
- § Bulimia nervosa mit zusätzlichen Gewichtsreduktionsmethoden:
 - § Gegenregulation erfolgt (auch) durch selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus und/oder Medikamentenmissbrauch.

Unspezifische Essstörung. Vor allem bei jüngeren Patienten werden unterschiedliche klinisch relevante Essstörungssymptome beobachtet, die weder einer Anorexia oder Bulimia nervosa eindeutig zugeordnet werden können.

2. Störungsspezifische Diagnostik

In jedem Falle ist eine sorgfältige körperliche Untersuchung zwingend erforderlich.

2.1 Symptomatik

Interview [mit Eltern (oder Stellvertreter) und Patientin getrennt]

- Allgemeine Anamnese des Jugendlichen
- Spezielle Anamnese
- ICD-10 Leitsymptome
- Entwicklung der Symptome, insbesondere:
- Charakterisierung des Essverhaltens
- Gewichtsanamnese (einschl. genauer Eruierung des Zeitraumes, in dem die Gewichtsabnahme erfolgte)
- Gewichtsphobie
- Aktuelle Ernährung und Trinkmenge
- Kaloriengrenzen
- Körperschemastörung
- Heißhungerattacken
- Subjektives Zielgewicht
- Gewichtsreduzierende Methoden
- Sexualanamnese
- Soziale Beziehungen (Rückzug, Isolation)
- Leistungsverhalten
- Körperliche Aktivität.

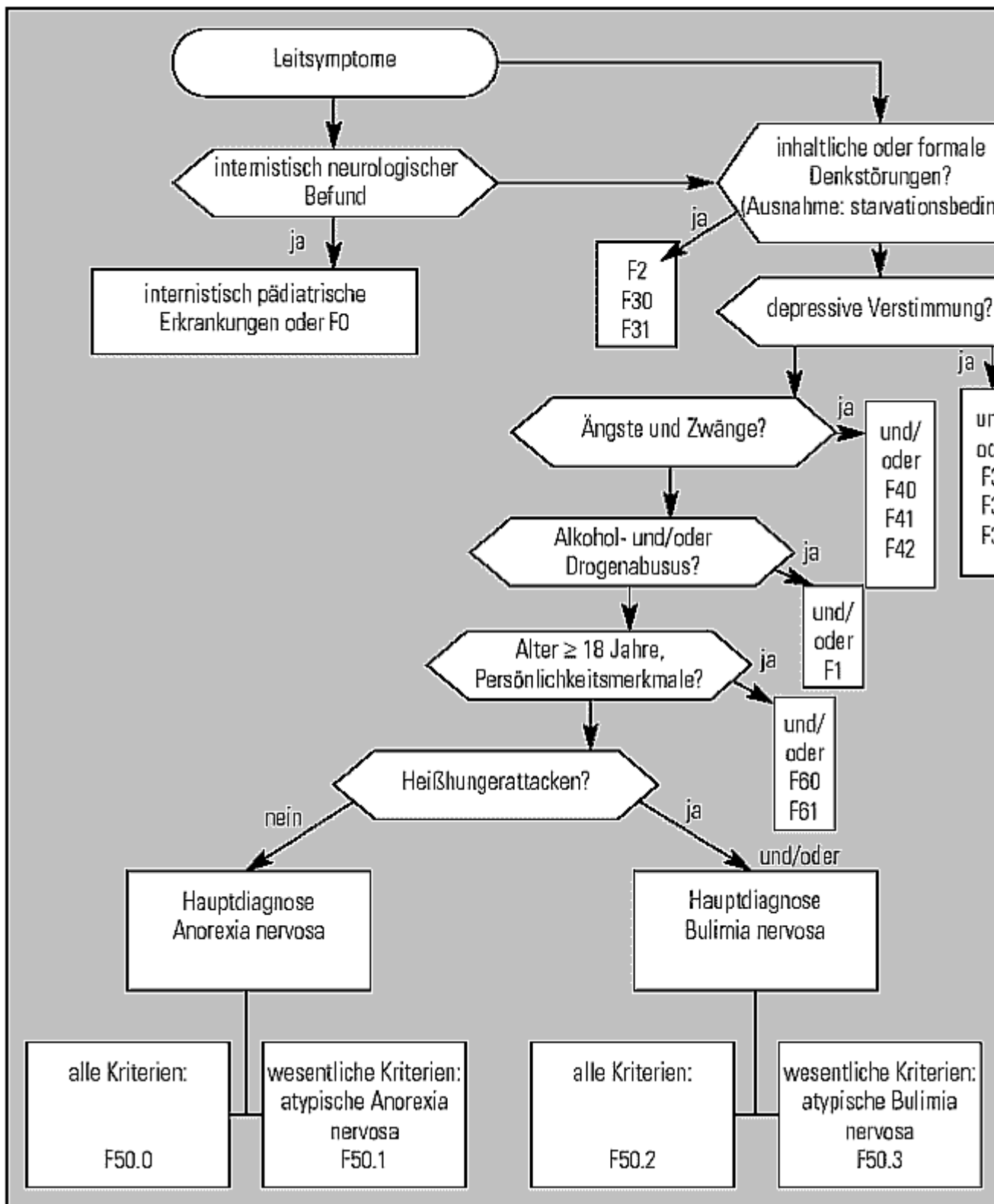


Abbildung 1: Differentialdiagnose und Komorbidität bei Anorexia und Bulimia nervosa

Internistisch/pädiatrisch-neurologische Untersuchung einschließlich Zahnstatus zur Diagnostik der in Tab. 1 aufgeführten somatischen Veränderungen

Tabelle 1:
Körperliche Veränderungen bei Anorexia und Bulimia nervosa

Inspektion	<p>Trockene, schuppige Epidermis (A*) Lanugobehaarung Akrozyanose, Cutis marmorata (A) Haarausfall Ausgeprägte Karies (B) Speicheldrüenschwellung Schwielen an den Fingern oder Läsionen am Handrücken (durch wiederholtes manuelles Auslösen des Würgereflexes) Minderwuchs (A) und verzögerte Pubertätsentwicklung (A)</p>
Labor	<p>Blutbildveränderungen (Neutropenie mit relativer Lymphozytose, bei Anämie und Thrombozytopenie, bei verminderter Flüssigkeitszufuhr erhöhter Haematokrit) (A) Elektrolytstörungen (Dehydratation) Hypophosphatämie (insbesondere in der Phase der Realimentation) Erhöhung von Transaminasen, Amylase, Lipase und harnpflichtigen Substanzen Veränderungen im Lipidstoffwechsel (Hypercholesterinämie) Erniedrigung von Gesamteiweiß und Albumin Zinkmangel Hypoglykämie (selten)</p>
Endokrinologie	<p>Störung der Hypothalamus-Hypophysen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nebennierenrinden-Achse ○ Schilddrüsen-Achse (erniedrigtes T3) ○ Gonaden-Achse (praepubertäres Gonadotropin-Muster) <p>Erhöhung des Wachstumshormons Erniedrigung von Leptin</p>
Übrige	<p>CT (Vergrößerung der Ventrikel)-, MRT (reduzierte graue und weiße Substanz)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Veränderungen (Pseudoatrophia cerebri) <p>Ösophagitis Flatulenz, Obstipation EKG-Veränderungen: Bradykardie, Hypotonie (cave: Q-T-Verlängerung) durch Laxantienabusus induzierte Komplikationen (z.B. Osteomalazie, Malabsorptions-Syndrome, schwere Obstipation, hypertrophe Osteoarthropathie) Osteoporose</p>

* Symptome, die sich ausschließlich auf eines der beiden Krankheitsbilder beziehen, sind mit dem jeweiligen Buchstaben (A oder B) gekennzeichnet.

Veränderungen, die normalerweise bei kindlichen oder adoleszenten anorektischen Patientinnen auftreten, sind fett gedruckt.

Nach Herpertz-Dahlmann und Remschmidt, 1994

Beobachtung des Essverhaltens. Unter ambulanten Bedingungen nicht immer aufrichtige Angaben, Ernährungstagebuch (s.u.) empfehlenswert. Insbesondere jüngere Patienten schränken oft die Flüssigkeitszufuhr ein.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern oder Stellvertreter

- Insbesondere: Auftreten von auffälligem Essverhalten und/oder Essstörungen im Säuglings- und/oder Kleinkindesalter und/oder frühem Schulalter
- Trennungsangst (Kindergarten-, Schulbeginn)
- Soziale Überempfindlichkeit
- spezifische Ängste (Phobien)
- Zwangssymptome
- Depressive Symptome
- Bei Bulimie: Störungen der Impulskontrolle.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Eltern und Patientin

- Insbesondere: Stimmungsveränderung (Depression)
- Ängste (Phobien, vor allem soziale Phobie, Panikattacken)
- Zwänge
- Bei Bulimie: Störungen der Impulskontrolle und Persönlichkeitsstörungen (s. Entscheidungsbaum Abb. 1: Differentialdiagnose und Komorbidität).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Befragung von Eltern und Patientin

Familieninteraktion

- Insbesondere: Harmoniebedürfnis und Konfliktvermeidung
- Empathie
- Überbehütung
- Autorität der Eltern
- Interaktion bei den Mahlzeiten (gemeinsame Mahlzeiten? Streit und Auseinandersetzungen beim Essen? Wer bestimmt, was gegessen wird?).

Familienanamnese bezüglich psychischer Auffälligkeiten, insbesondere Vorkommen folgender Störungen in der Familie:

- Essstörungssymptome
- Affektive Störungen

- Zwangserkrankungen
- Angststörungen
- Missbrauch psychoaktiver Substanzen
- Persönlichkeitsstörungen, vor allem zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Diagnostisches Familieninterview (fakultativ)

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Laboruntersuchungen. Die genannten Laboruntersuchungen sollten bei rapider und/oder ausgeprägter Gewichtsabnahme bzw. häufigem Erbrechen auch unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden.

- Blutbild
- Blutzucker
- Elektrolyte einschl. Calcium, Phosphat, Magnesium
- Harnstoff, Kreatinin
- Transaminasen
- Gesamteiweiß
- Cholesterin
- Amylase, Lipase
- Zink
- LDH, Harnsäure
- Fakultativ: endokrinologische Parameter: T3, T4, TSH, Cortisol, FSH, LH, Östradiol, Leptin. Bestimmung der Fettmasse und fettfreier Masse (z.B. durch bioelektrische Impedanzmessung).

Bei Indikation EKG (Bradykardie, Rhythmusstörungen, Elektrolytveränderungen) und/oder EEG (z.B. bei Konsum großer Flüssigkeitsmengen, Ausschluss organischer Ursachen) sowie Sonographie des Abdomens zum Ausschluss von Malignomen.

- CT, MRT bei Erstmanifestation empfehlenswert (notwendig bei neurologischen Auffälligkeiten und untypischen Verlaufsformen, z.B. kindlicher oder männlicher Anorexia nervosa, Fehlen einer Körperschemastörung etc.).
- Knochendichtemessung bei längerer Erkrankungsdauer und/oder anhaltender Amenorrhoe. Bereits bei einer Amenorrhoe-dauer von wenigen Monaten wird eine Osteopenie gefunden.

Psychologische Untersuchung

- Allgemeine Testdiagnostik (Leistungstests, Persönlichkeitstests)

- Spezifische Diagnostik mit Hilfe von Fragebögen (z.B. Eating Disorder Inventory, Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung, Eating Attitudes Test) und strukturiertem Interview (z.B. SIAB-Jugendlichenversion)
- Komorbiditätsdiagnostik (Fragebögen, Interview).

2.6 Weitergehende Diagnostik

Siehe 3.3.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Siehe 2.5.

3. Multiaxiale Bewertung zur Entwicklung eines Therapieplanes

3.1 Identifizierung der vorhandenen ICD-10-Leitsymptome (MAS-Achse I)

Siehe 1.2.

Besondere Berücksichtigung der somatischen Folgezustände der reduzierten Nahrungszufuhr und Einstufung der gesundheitlichen Gefährdung!

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen (MAS-Achse II - VI)

Besonders zu beachten sind auch die abnormen psychosozialen Umstände (V. Achse des MAS), die für die Einleitung und Durchführung von Therapiemaßnahmen von großer Bedeutung sind.

3.3 Differentialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

(siehe Entscheidungsbaum Abb. 1)

- Internistisch/Pädiatrische Erkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Organische psychische Störungen (F0)
- Schizophrenie (F2)
- Affektive Störungen (F32, F33, F34)
- Zwangsstörungen (F42)
- Angststörungen (F40, F41)
- Akute Anpassungsstörungen (F43.2)
- Substanzmissbrauch (F1)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92), vor allem bei Bulimie
- Persönlichkeitsstörungen (F60, F61), insbesondere bei Anorexia nervosa ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

- Abhängige (dependente) Persönlichkeitsstörung (F60.7)
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5)
- Bei Bulimie histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.30)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.31)
- Weitere Impulskontrollstörungen (F63).

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventions-Settings

Anorexia nervosa. Ambulant oder tagesklinisch: Eine ambulante oder tagesklinische Behandlung wird durchgeführt, sofern nicht die folgenden Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt sind.

Indikationen für die stationäre Behandlung

Medizinische Kriterien

- Insbesondere kritisches Untergewicht, Gewichtsverlust oder keine hinreichende Gewichtszunahme, keine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, häufiges Erbrechen
- Somatische Komplikationen
- Suizidgefahr
- Komorbidität mit schwerwiegenden anderen psychiatrischen Erkrankungen
- Ausgeprägtes Selbstverletzungsverhalten.

Bulimia nervosa. Ambulant oder tagesklinisch: Eine ambulante oder tagesklinische Behandlung wird durchgeführt, sofern nicht die folgenden Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt sind.

Indikationen für die stationäre Behandlung

Medizinische Kriterien

- Insbesondere somatische Komplikationen (z.B. ausgeprägte Elektrolytstörung)
- Hohe Essattackenfrequenz (fakultativ) oder häufiges Erbrechen
- Bulimie mit anderen Störungen der Impulskontrolle
 - § Insbesondere Automutilation
 - § Substanzmissbrauch
 - § Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Psychosoziale Kriterien (gelten für beide Essstörungen)

- Insbesondere festgefahrene familiäre Interaktion

- Dekompensation der Eltern
- V.a. Misshandlung oder Missbrauch
- Soziale Isolation
- Scheitern ambulanter und/oder tagesklinischer Behandlungsversuche.

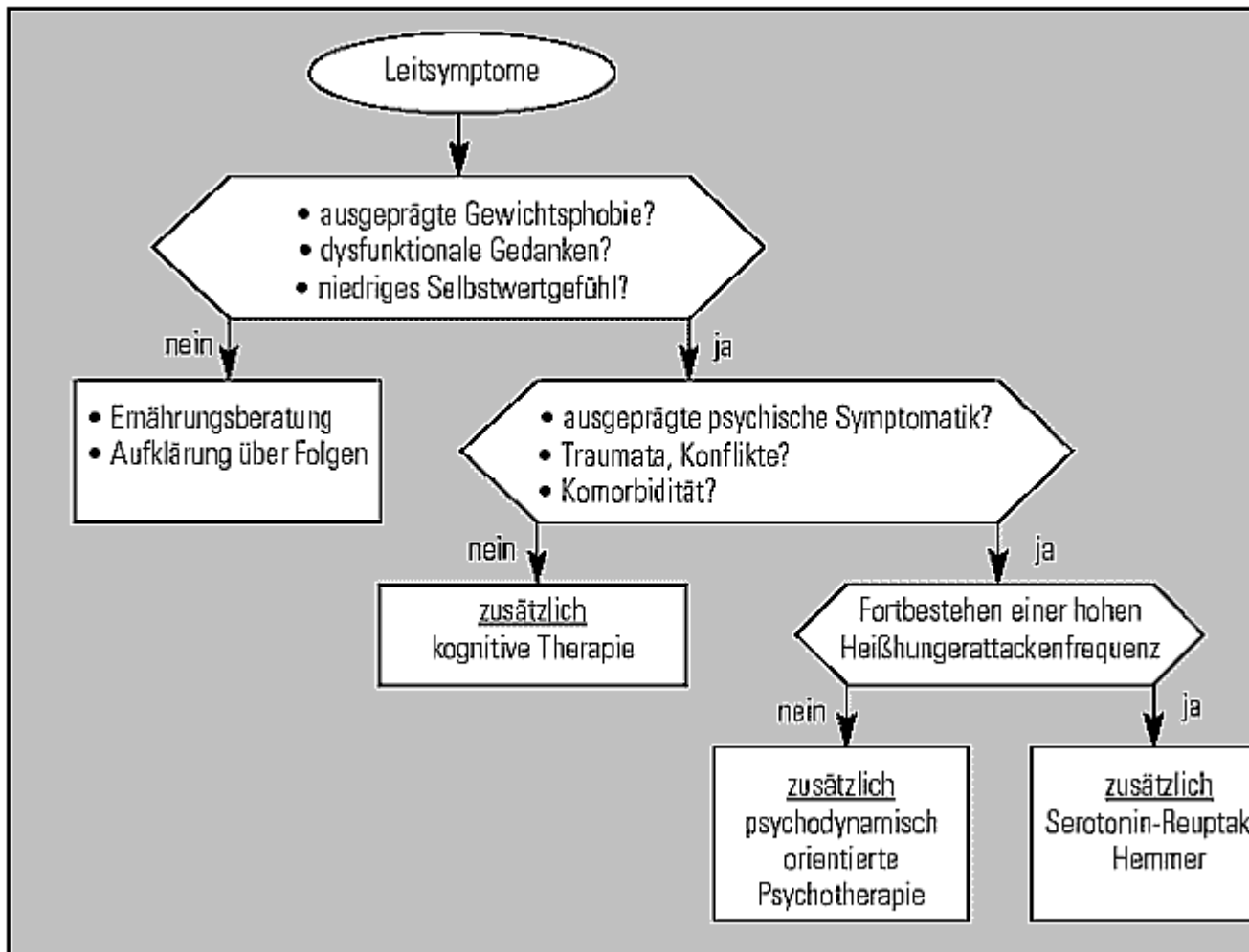


Abbildung 2: Gestaffelte Therapie der Bulimia nervosa

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und diesbezügliche Beratung

Bei den Essstörungen empfiehlt sich grundsätzlich ein multimodaler Ansatz. Dabei ist zunächst auf die lebensbedrohlichen Faktoren zu achten. Die Patientinnen und Patienten müssen in einen Zustand gebracht werden, der einen psychotherapeutischen Zugang möglich macht.

Spezifische Essstörungstherapie

Anorexia nervosa

- Ernährungsprotokoll der Patientin (Zusammensetzung, Menge und Zeitpunkte der verzehrten Nahrung) (essentiell bei ambulanter Behandlung, s.u.)
- Bewegungsprotokoll

- Hilfestellung beim Essen (z.B. durch Erstellen eines Essensplanes, "Modellessen" von Betreuern, bei stationärer Behandlung evtl. Überwachung der Nahrungszufuhr, Kontrolle gewichtsreduzierender Maßnahmen, z.B. von Erbrechen)
- Psychoedukation und Ernährungsberatung (Information über adäquate Nahrungszusammensetzung und essentielle Nährstoffe sowie körperliche Folgen der Magersucht), Einhalten von 5-6 Mahlzeiten bei ausgewogener Nahrungszusammensetzung
- Regelmäßige Gewichtskontrollen in Unterwäsche (ein- bis zweimal wöchentlich)
- Bei anhaltendem Verdacht auf Gewichtssteigerung durch Flüssigkeitszufuhr Kontrolle des spezifischen Gewichts (Urin).

Bulimia nervosa (s. Abb. 2)

- Ernährungstagebuch (s.a. Anorexia nervosa): Neben der Protokollierung der Speisen sollen Zeitpunkte, Menge, Dauer sowie situative Besonderheiten von Essattacken notiert werden
- Ernährungsberatung: Aufklärung über den Zusammenhang von restriktivem Essen und Heißhungerattacken, Aufgeben sogenannter "verbotener Speisen"
- Essensplan: regelmäßige Mahlzeiten, Einführung von Zwischenmahlzeiten zur Prävention des Heißhungergefühls.

Bei erwachsenen bulimischen Patientinnen erwies sich eine ausschließliche **Ernährungsberatung** zwar als weniger effektiv als kognitiv-behaviorale Psychotherapie, führte aber bei mindestens einem Viertel der Patienten zu einem signifikanten Rückgang der Essstörungssymptomatik (II). Obwohl die Mehrzahl der bulimischen Patienten ein altersentsprechendes Gewicht aufweist, haben manche ein geringeres Gewicht, als es ihrem individuellen biologischen "set point" entspricht. Diese Patienten müssen eine Gewichtszunahme in Kauf nehmen, um ihr physiologisches (z.B. regelmäßige Menstruation) oder emotionales "Gleichgewicht" (z.B. Rückgang depressiver Symptome) zu erreichen.

Psychotherapie

Anorexia nervosa

- Bei kritischem Untergewicht empfehlen sich stützende Gespräche. Bevor mit Psychotherapie im engeren Sinne begonnen werden kann, sind ein Ausgleich der akuten Hungersituation und eine erste Gewichtszunahme erforderlich
- Kognitive Therapie: Gewichtsphobie, Gewicht und Figur betreffende dysfunktionale Gedanken, chronifizierte Essstörung, Störung des Selbstwertgefühls
- Psychodynamisch orientierte Therapie: Störungen des Selbstwertgefühls, Traumata in der Anamnese, akute oder chronische Konflikte, Reifungskrisen
- Bei kindlichen und adolescenten Patientinnen ohne chronifizierte Störung Elternberatung und/oder Familientherapie

- Bei ausgeprägten sozialphobischen Symptomen Exposition mit Reaktionsverhinderung sowie soziales Kompetenztraining.

Ziel der Eltern- bzw. familienorientierten Behandlung ist die Steigerung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit krankheitsspezifischen Alltagssituationen (Essensverweigerung, Diät, Erbrechen, körperliche Hyperaktivität etc.), um eine Gewichtszunahme einzuleiten und/oder mittelfristig das erreichte Gewicht zu halten. Darüber hinaus soll eine Verbesserung der familiären Konfliktfähigkeit erreicht werden.

Die **Familientherapie** (mit systemischen und verhaltenstherapeutischen Elementen) erwies sich im Vergleich zur Individualtherapie bei jugendlichen Patienten mit einer kurzen Erkrankungsdauer (< 3 Jahre) als effektiver (III). Weitere kontrollierte Studien zur Effizienz einzelner Behandlungsmethoden bei der Anorexia nervosa liegen nicht vor.

Bulimia nervosa

- Kognitive Therapie (s.a. Anorexia nervosa): dysfunktionale Gedanken bezüglich Figur und Gewicht, depressive Einbrüche bei Gewichtsschwankungen, dichotomes Denken
- Interpersonale Therapie: versucht, die Beziehungsfähigkeit des Patienten zu verbessern
- Psychodynamisch orientierte Psychotherapie: Vorausgegangene Traumata (z.B. sexueller Missbrauch), komorbide psychiatrische Störung (z.B. ausgeprägte Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung), akute oder chronische Konflikte
- Einbeziehung der Eltern je nach Alter der Patientin und Problematik (Elternberatung oder Familientherapie).

In den meisten Fällen empfiehlt sich eine **Kombination** dieser Verfahren.

Die meisten kontrollierten Studien überprüften bisher die Effektivität kognitiv-behavioraler Psychotherapie (CBT) nach Behandlungsabschluss im Vergleich zu Patienten auf einer Warteliste, in einigen Studien auch im Vergleich zu anderen Therapieformen. Zur Beurteilung der Effektivität wurde die Reduktion der bulimischen Symptomatik (Heißhungerattacken und "Purging-Verhalten") herangezogen. Sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erwies sich die CBT als wirksam. Obwohl nur in wenigen Studien überprüft, waren auch andere Psychotherapieformen (vor allem interpersonale Psychotherapie) effizient. Beim Vergleich der einzelnen Psychotherapiemethoden ließ sich eine Überlegenheit der CBT nicht eindeutig nachweisen, insbesondere nicht im Langzeitverlauf. Die Effizienz der CBT konnte durch zusätzliche Exposition mit Reaktionsverhinderung nicht gesteigert werden. Zwischen der Wirksamkeit von CBT, die durch Therapeuten oder in Form von hoch strukturierten CBT-Manualen in Selbsthilfegruppen vermittelt wurde, zeigte sich kein signifikanter Unterschied (cave: wenige Studien und nur bei Erwachsenen!).

Eine Beeinflussbarkeit des Körpergewichtes von Patienten mit Bulimie oder Binge-Eating-Störung durch ausschließlich psychotherapeutische Methoden konnte nicht nachgewiesen werden (für alle Ergebnisse gilt: I).

Beachte: Die bei diesen Ergebnissen herangezogenen kontrollierten Studien wurden fast ausschließlich bei Erwachsenen und vornehmlich mit Probandinnen, die über

Zeitungsannoncen gewonnen wurden, durchgeführt, d.h., es handelte sich bei der Mehrzahl um nicht klinische Stichproben.

Psychosoziale Integration

- Reintegration in die Schule (Relativierung des Leistungsanspruches)
- Aufhebung der Isolation von Gleichaltrigen
- Teilnahme an altersentsprechenden Aktivitäten (unter Einbeziehung der Behandlung sozialphobischer Symptome, z.B. durch soziales Kompetenztraining).

Medikamentöse Therapie

Anorexia nervosa

- Bei anhaltender depressiver Verstimmung nach ausreichender Gewichtszunahme: Serotonin-Reuptake-Hemmer. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass eine zusätzliche Gabe von Antidepressiva bei Untergewicht (< 10. BMI-Perzentile) den Behandlungsverlauf beschleunigt oder verbessert (III)
- Bei ausgeprägten Zwängen: Serotonin-Reuptake-Hemmer
- Osteoporoseprophylaxe: ausreichende Calciumzufuhr (mindestens 1200 mg täglich), Vitamin D
- Die Wirksamkeit einer hormonellen Substitution ist nicht bewiesen. Die beste Osteoporoseprophylaxe ist eine ausgewogene Ernährung und Gewichtsnormalisierung mit Restitution des menstruellen Zyklus
- Typische Neuroleptika, z.B. Thioridazin, **nur** in Ausnahmefällen bei ausgeprägter Hyperaktivität!
- Atypische Neuroleptika: Bei extrem ausgeprägter Gewichtsphobie und wahnhaft anmutender Körperschemastörung kann ein Therapieversuch mit atypischen Neuroleptika in Erwägung gezogen werden. Die meisten Erfahrungen bei jugendlichen Patienten liegen mit Olanzapin (5-10 mg) vor (V)
- Prophylaxe: Unter Umständen längerfristige Prophylaxe (ca. 1 Jahr) mit SSRI. Die meisten Erfahrungen liegen mit Fluoxetin vor
 - § Eine kontrollierte Studie ergab eine signifikant höhere Gewichtszunahme und eine Verminderung der Essstörungssymptomatik unter der Gabe von Fluoxetin (Dosierung: 20 mg jeden 2. Tag bis 60 mg täglich) (II-III).

Bulimia nervosa

- Psychopharmaka nie ohne zusätzliche Psychotherapie und Ernährungsberatung!

Aufgrund geringer Toxizität und Nebenwirkungen werden SSRI bei der jugendlichen Bulimie als Medikamente der ersten Wahl empfohlen. Allerdings sind zur Behandlung bulimischer Essstörungen höhere Dosen als zur Behandlung depressiver Erkrankungen erforderlich, z.B. Fluoxetin 60 mg in einer Dosis morgens, Fluvoxamin 3 × 50 mg

täglich (II).

Eine Metaanalyse von 16 kontrollierten Studien zeigt auf, dass sich eine Behandlung mit Antidepressiva (u.a. untersucht: Trizyklika (Desipramin, Amitriptylin, Imipramin), Fluoxetin, Phenelzin, Mianserin, etc.) im Kurzzeitverlauf wirksamer als Placebo erweist (I). Zwischen den einzelnen Antidepressiva konnte kein signifikanter Wirksamkeitsunterschied beobachtet werden.

Beachte: hohe "Drop out"-Raten für Verum und Placebo. Die Probanden wurden vorwiegend durch Zeitungsanzeigen gewonnen und wiesen keine schweren psychiatrischen Begleiterscheinungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Drogenmissbrauch auf.

Ein Vergleich von Psychotherapie vs. Antidepressivum bei der Behandlung bulimischer Essstörungen ergab keine signifikanten Unterschiede. Untersucht wurden die Antidepressiva Desipramin, Fluoxetin und Imipramin im Vergleich zu kognitiv-behavioraler Therapie und Ernährungsberatung. Die Remissionsrate bei psychotherapeutischer Behandlung war höher als bei medikamentöser Behandlung; eine statistische Signifikanz wurde geringfügig unterschritten. Dabei war die Abbruchrate bei den Patienten, die mit einem Antidepressivum behandelt wurden, deutlich höher als bei den psychotherapeutisch behandelten Patienten (I).

In einer weiteren Metaanalyse wurde die Kombination von psychotherapeutischer und medikamentöser Therapie im Vergleich zu jeweils einem therapeutischen Element überprüft.

- Vergleich (ausschließlich) Antidepressivum vs. Kombination: höhere Remissionsraten bei der Kombination von Medikation und Psychotherapie als bei Antidepressivum allein; die statistische Signifikanz wurde gerade verfehlt.
- Vergleich (ausschließlich) Psychotherapie vs. Kombination: signifikant höhere Remissionsraten bei der Kombinationsbehandlung im Vergleich zu alleiniger Psychotherapie; deutlich höhere Abbruchraten bei der Kombinationsbehandlung im Vergleich zu ausschließlicher Psychotherapie

Beachte: mittleres Alter der Patientinnen 25 Jahre, bis auf eine Studie ambulante Patienten oder durch Anzeigen gewonnene Probanden.

Prophylaxe:

Bei einer bereits länger dauernden oder rezidivierenden bulimischen Essstörung empfiehlt sich eine Prophylaxe mit SSRI. Zu Fluvoxamin liegt eine kontrollierte Studie nach stationärer Therapie vor (II-III). Fluvoxamin wurde in einer Dosis von 3 × 50 mg täglich verabreicht.

4.3 Vorgehensweise und Besonderheiten bei ambulanter Behandlung von Anorexia nervosa

- Nach stationärer Therapie ist eine ambulante Behandlung unerlässlich!
- Regelmäßige Gewichtskontrollen
- Mindestens einmal wöchentlich stattfindende Termine (auch als Gruppentherapie)
- Gewichtsüberwachung und Psychotherapie liegen in der Hand eines Therapeuten

- Besprechung des wöchentlichen Ernährungsprotokolls der Patientin und ggf. Modifikation des Essensplanes
- Erledigung von Hausaufgaben mit wachsendem Schwierigkeitsgrad, z.B. Integration "verbotener" Speisen in den Essensplan, an definierten Tagen strikte Durchführung des Essensplanes und Dokumentation der dabei auftretenden Gedanken und Gefühle, Kauf und Tragen "verbotener" Kleidungsstücke (z.B. Badeanzug)
- Regelmäßige Einbeziehung der Eltern in die Therapie. Zu Vorgehensweise und Besonderheiten bei ambulanter Behandlung von Bulimia nervosa siehe Abbildung 2.

4.4 Vorgehensweise und Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

- Entspricht Vorgehen unter 4.5 bei Essstörungen mit weniger ausgeprägtem Schweregrad und entsprechender Kooperation der Familie, insbesondere zur stationären Nachbehandlung.

4.5 Vorgehensweise und Besonderheiten bei stationärer Behandlung von Anorexia nervosa

- Wöchentliche Gewichtszunahme bei stationärer Behandlung zwischen 0,5 und 1,5 kg (höhere Gewichtszunahme eher bei Beginn der Behandlung)
- Einsatz von Verstärkern zur Anhebung des Gewichtes
- Bei Stagnation der Gewichtszunahme evtl. zeitlich begrenzte Bettruhe, niemals über mehrere Tage anhaltende Bettruhe (cave Osteoporose!)
- In schweren Fällen Nasen-Magen-Sonde, nur bei somatischen Notfällen parenterale Ernährung
- Zielgewicht: optimaler Bereich 25. Alters-perzentile, BMI nach Möglichkeit oberhalb 10. Altersperzentile
- Bei Kindern und jugendlichen Patienten Zielgewicht an Wachstumskurve "anpassen" bei wiederholter Körperlängenbestimmung.

4.6 Vorgehensweise und Besonderheiten bei stationärer Behandlung von Bulimia nervosa

- Vorrangiges Ziel ist die Reduktion der Heißhungerattacken und des Erbrechens.

4.7 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Sie sind in jenen Fällen erforderlich, in denen die stationäre Behandlung nicht zu einer Stabilisierung der Symptomatik und der Lebenssituation geführt hat, die eine Reintegration in das Lebensumfeld ermöglicht, welches vor Beginn der Erkrankung bestand. Bei wiederholten Rezidiven ist vielfach eine außerhäusliche Unterbringung in einer Einrichtung, die über Erfahrung mit essgestörten Patienten verfügt, hilfreich.

4.8 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Entfällt.

Literatur:

- BACALTCHUK J, HAY P, MARI JJ: Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Austr New Zealand J Psychiatry* 34 (2000) 310 -317
- BACALTCHUK J, TREFIGLIO RP DE OLIVEIRA IR, LIMA MS, MARI JJ: Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review. *J Clin Pharma Therapeutics* 24 (1999) 23-31
- BACALTCHUK J, TREFIGLIO R.P, DE OLIVEIRA HAY, P, LIMA M.S, MARI J.J.: Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 101 (2000) 256-267
- FAIRBURN CH G, BROWNELL KD (Hrsg.): Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. The Guilford Press, New York-London (2001)
- EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE, D, DODGE, E: Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*; 54 (1997) 1025-30
- FICHTER M KRÜGER R, RIEF W, HOLLAND R DÖHNE J.: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. *J Clin Psychopharmacol* 16 (1996) 9-18
- HAY PJ, BACALTCHUK J Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, Oxford: update software (2001)
- KAYE WH, NAGATA T, WELTZIN TE, HSU L.K., SOKOL, M.S, MCCONAHA C, PLOTNICOV K.H. WEISE J, DEEP D.: Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 49 (2001) 644-652
- LAESSLE RG., BEUMONT P.J., BUTOW P., LENNERTS W., O'CONNOR M., PIRKE KM, TOUYZ S.W, WAADT S.: A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 159 (1991) 250-361
- MEHLER C, WEWETZER C, SCHULZE U, WARNKE, A., THEISEN, F, DITTMANN, RW: Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10 (2001) 151-157
- MITCHELL JE, PETERSON CB, MYERS T, WONDERLICH, S: Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 24 (2001) 315-323
- OLMSTEDT MP, DAVIS R, GARNER DM, EAGLE M, ROCKERT W, IRVINE MJ.: Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 29 (1991) 71-83
- Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 157: supplement (2000)
- ROBIN AL, SIEGEL PT, MOYE AW., GILROY, M, BAKER DENNIS, A, SIKAND, A: A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38 (1999) 1482-1489
- RUSSELL GFM, SZMUKLER GI, DARE, C, EISLER, I.: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 44 (1987) 1047-1056
- STROBER M, PATAKI C, FREEMAN, R, DEANTONIO, M: No effect of adjunctive fluoxetine on eating behavior or weight phobia during the inpatient treatment of anorexia nervosa: an historical case-control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 9 (1999) 195-201

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie:

Beate Herpertz-Dahlmann
Johannes Hebebrand
Helmut Remschmidt

Erstellungsdatum:

Januar 1999

Letzte Überarbeitung:

Mai 2003

Nächste Überprüfung geplant:

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: Mai 2003

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 14.02.2006; 16:19:44