

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ESS-STÖRUNGEN

Kurz gefasste Übersicht von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung

Ess-Störungen nehmen zu – und machen ratlos. Vor allem dann, wenn man noch zwischen den drei Haupt-Typen Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating-Störung unterscheiden soll. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu jeweiligem Beschwerdebild, Häufigkeit, Alter, Geschlecht, seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen, Ursachen, Hintergründen, Krankheitsverlauf sowie Möglichkeiten und Grenzen einer Psycho- und Pharmakotherapie, ambulant oder gar in einer Fachklinik.

Erwähnte Fachbegriffe:

Ess-Störungen – gestörtes Ess-Verhalten – Anorexia nervosa – Anorexie – Bulimia nervosa – Bulimie – Binge-Eating-Störung – Ess-Anfälle – Häufigkeit – Alter – Geschlecht – Risiko-Gruppen – Ursachen – Krankheitsverlauf – körperliche Folgen – Differential-Diagnose – kognitive Verhaltenstherapie – interpersonelle Therapie – systemische Therapie – Familientherapie – medikamentöse Behandlungsversuche – stationäre Therapie – u. a. m.

Ess-Störungen sind wohl so alt wie die Menschheit. Ob sie jedoch in den früher üblichen Notzeiten eine Rolle in der Allgemeinheit gespielt haben, darf bezweifelt werden. In den letzten Jahrzehnten hat sich das allerdings geändert, zumindest in der westlichen Welt. Jetzt gehört dieses für Lebenserwartung und Lebensqualität riskante krankhafte Phänomen inzwischen zu den folgenreichsten seelischen Erkrankungen. Und dies auch noch im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, der Zeit, in der letztlich für die gesamte folgende Lebenszeit die Weichen gestellt werden, und zwar entscheidend.

Auch wenn sich der Begriff „gestörtes Ess-Verhalten“, eher weniger dramatisch anhört, so ist es doch aufgrund des meist frühen Beginns, des oft lang dauernden (und lange unerkannten oder verdrängten) Krankheitsverlaufs und der teilweise schwerwiegenden seelischen, psychosozialen und schließlich körperlichen Komplikationen eine der stärksten Belastungen, die man sich auch noch selber auferlegen kann. Und dies nicht nur für den Patienten, auch für sein Umfeld und sogar die Therapeuten. Allein die Sterberate liegt bei rund 6 % und das in der ja meist „gesündesten Phase des Lebens“.

Deshalb ist eine Früherkennung von großer Bedeutung. Das müsste eigentlich angesichts des äußeren Befundes, der jedem förmlich in die Augen sticht, eher einfach sein. Doch die mangelnde Krankheits-Einsicht und zähe Abwehrhaltung gegenüber allen notwendigen Maßnahmen bei vielen Betroffenen zu Beginn der Erkrankung verzögert alles, vor allem die Genesungs-Aussichten.

Klassifikation und Diagnose

Einzelheiten zu Klassifikation und Diagnostik siehe die ständig wachsende Fachliteratur, einschließlich allgemeinverständlicher Darstellungen aus Expertenkreisen. Nachfolgend nur eine kurze Übersicht auf aktuellem Stand nach M. Fumi, Silke Naab und U. Voderholzer 2018 (siehe Literatur-Hinweis am Ende).

Derzeit unterscheidet man drei Haupt-Typen von Ess-Störungen: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und die Binge-Eating-Störung (BES).

Der Begriff *Anorexia nervosa* geht auf das Griech.: Anorexia = ohne Appetit, appetitlos zurück (wobei dieses Phänomen bei den meisten Betroffenen gar nicht im Vordergrund steht).

Die *Bulimia nervosa*, vom Griech.: Boulimia = Heißhunger, auch als „Ochsenhunger“ bezeichnet, wurde erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zum Thema.

Die jüngste diagnostische Untergliederung ist die *Binge-Eating-Störung*, die eigenständig erstmals im DSM-5[®] gelistet wurde (s. später).

Was sind nun die wichtigsten diagnostischen Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störung – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)? Im Einzelnen:

- **Anorexia nervosa**

Das entscheidende Symptom der Anorexia nervosa ist das selbst herbeigeführte Untergewicht durch eingeschränkte Nahrungsaufnahme. In der ICD-10 heißt dies:

- Das Körpergewicht liegt 15 % unter dem erwarteten Body Mass Index (BMI) oder $BMI \leq 17,5$. Der selbst herbeigeführte Gewichtsverlust geht auf die Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder selbst-induziertes Erbrechen, selbst-induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten, Gebrauch von Appetitzügler oder Diuretika (harntreibende Mittel) zurück.

Dabei unterscheidet man zwei Untertypen:

- Beim „restriktiven Typ“ der Anorexia nervosa geht der Gewichtsverlust weitgehend auf eine reduzierte Kalorienzufuhr zurück, nicht selten auch in Kombination mit exzessivem Bewegungsverhalten.
- Beim so genannten „Binge-/Purging-Typ“ der Anorexia nervosa besteht (zusätzlich) eine bulimische Belastung, d. h. die Mahlzeiten werden regelmäßig erbrochen, und dies oft in Verbindung mit vorausgehenden regelrechten Ess-Anfällen (auch von den Patienten selber als Fress-Attacken bezeichnet).

Typisch für die Anorexia nervosa ist fast immer eine so genannten Körperschema-Störung oder Körperbild-Störung. Dabei nehmen sich die Betroffenen dicker wahr, als sie tatsächlich sind, zum Teil ganz erheblich überdimensioniert. Das führt natürlich zu ausgeprägter Angst zu dick zu werden (oder gar „zu fett zu sein“). Mit anderen Worten: Die Patienten empfinden sich deutlich unförmiger, als sie sind. Das Gewicht bzw. die Figur anderer Menschen hingegen können sie meist realistisch einschätzen.

Offenbar handelt es sich hier um innerseelische bzw. gehirnfunktions-abhängige Prozesse, also kognitive (geistige) Bewertungsabläufe und innere Repräsentanzen, sozusagen Selbstbilder im Gehirn, die das Wahrgenommene verzerrend beeinflussen.

Bei der Anorexia spielen in rein organischer Hinsicht auch endokrine Störungen des Hormon-Systems eine Rolle, vor allem auf der so genannten Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, wie es fachlich heißt. Das kann zu einer Entwicklungs-Verzögerung zu Beginn der Pubertät führen, was sich aber bei rechtzeitiger Genesung zu normalisieren vermag.

- **Bulimia nervosa**

Kennzeichnendes Merkmal der Bulimia nervosa sind immer wiederkehrende Ess-Anfälle bis regelrechte Heißhunger-Attacken, bei denen in kurzer Zeit große Mengen von Nahrungsmitteln konsumiert („verschlungen“) werden. Und dies ohne jegliche Kontrollmöglichkeit, um rechtzeitig gegenzusteuern (Fachbegriff: Kontrollverlust).

Dazu eine andauernde Beschäftigung in jeglicher Hinsicht mit Nahrung, Essen, Verdauen u. a. Und ein reiches Repertoire an Maßnahmen, um trotz allem eine Gewichtszunahme zu vermeiden, was auch in der Regel gelingt. Dazu gehören vor allem selbst-induziertes Erbrechen, restriktive (eingeschränkte) Ernährungsmethoden, Laxanzien-Missbrauch und exzessive Bewegungs-Bemühungen.

Wissenschaftlich unterscheidet man dabei das Gegensteuern durch Abführmittel („Purging-Typ“) oder das restriktive Essen bzw. überdimensionierte Sport-Aktivitäten („Non-Purging-Typ“).

Auch bei den Bulimia nervosa-Patienten herrscht eine ausgeprägte Angst zu dick zu werden. Dies nicht zuletzt, weil einer Bulimie häufig eine Anorexia nervosa mit ihren konkreten Befürchtungen vorausgeht. Dennoch sind diese Patienten meist normal- und nur selten übergewichtig. Auch ähnelt ihr Essverhalten außerhalb der Ess-Anfälle oft demjenigen bei Anorexia nervosa, was dann Heißhunger und Ess-Anfälle begünstigt (so genannter „bulimischer Teufelskreis“).

- **Binge-Eating-Störung**

Die Binge-Eating-Störung ist eine neuere Variante durch die Amerikanische Psychiaterische Vereinigung (APA), dargestellt in der 5. Auflage ihres Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-5[®] (2013, deutsche Fassung 2015).

Sie ist anhand dieser Diagnose-Kriterien charakterisiert durch wiederholte Episoden von Ess-Anfällen, und zwar

1. Nahrungsmengen in einem umschriebenen (z. B. 2-stündigen Zeitraum), die definitiv größer sind, als die meisten Menschen in vergleichbarer Zeit und unter ähnlichen Umständen essen würden und
2. durch das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen, d. h. den Eindruck, dass man mit dem Essen nicht aufhören bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst.

Außerdem fallen noch folgende Hinweise auf: Wesentlich schneller essen als normal; essen bis zum einem unangenehmen Völlegefühl; essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt; alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst; schließlich Ekelgefühle gegenüber sich selber, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigem Essen. Und bei allem ein deutlicher Leidensdruck wegen dieser Ess-Anfälle, die im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche für drei Monate auftreten sollen, um die Diagnose zu erhärten.

Da gegensteuernde Maßnahmen fehlen, beispielsweise das Erbrechen, sind Patienten mit einer Binge-Eating-Störung meist übergewichtig oder adipös.

Körperliche Untersuchungen bei Ess-Störungen

Neben den diagnostischen Kriterien auf seelischer bzw. psychosozialer Ebene gilt es auch körperliche Untersuchungen bzw. ihre möglichen grenzwertigen bis pathologischen Ergebnisse zu berücksichtigen.

Dazu gehören natürlich Körpergröße und Körpergewicht (BMI bei Erwachsenen oder Perzentilen-Kurven bei Kindern und Jugendlichen), Blutdruck, Puls, Körpertemperatur sowie Untersuchungen bzw. Inspektionen von Herz, Kreislauf, Haut, Behaarung, Magen-Darm sowie ggf. EKG, Knochendichte-Messung und die gängigen Laborbefunde.

Häufigkeit – Alter – Geschlecht – Ursachen

Ess-Störungen sind das große Thema. Das geht nicht zuletzt auf die 2. Hälfte des vergangenen Jahrhunderts mit seiner beunruhigenden Erkrankungs-Zunahme von den 1970er bis in die 1990er Jahre zurück. Danach hat es sich allerdings auf einen mittleren Wert eingependelt, der sich nicht mehr auffällig veränderte.

Die so genannte Punktprävalenz (Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt) im Risikoalter von 15 bis 35 Jahren liegt für *Frauen* mit Anorexia nervosa bei rund 0,5 %, bei Bulimia nervosa zwischen 1 und 2 %. Die Lebenszeitprävalenz (Häufigkeit für die gesamte Lebenserwartung) muss aber für beide Diagnosen höher angesetzt werden, wobei je nach Studie recht unterschiedliche Erkenntnisse diskutiert werden.

Häufiger findet sich Anorexia nervosa natürlich in so genannten „Risiko-Gruppen“. Darunter versteht man jene Personen, die ihr Körpergewicht und ihre Figur kontrolliert halten müssen, um beispielsweise im Beruf oder Sport erfolgreich zu bleiben (z. B. Models, (Ballett-)Tänzerinnen, Skispringer, Jockeys etc.).

Geschlechtsspezifisch erkranken an beiden Ess-Störungen wesentlich mehr *Frauen* als Männer. Das Verhältnis liegt bei 10 : 1 (Anorexia nervosa) bzw. 20 : 1 (Bulimia nervosa).

An aktuelleren Erkenntnissen ist vor allem zweierlei interessant: Die mitunter geäußerte Vermutung, die „Magersucht“ würde in letzter Zeit bei Männern zunehmen, lässt sich wissenschaftlich nicht bestätigen. Was allerdings beunruhigen muss, ist ein Absinken des Ersterkrankungs-Alters bei der Anorexia nervosa, d. h. immer früher.

Die Ätiologie (Ursachen) von Ess-Störungen ist multifaktoriell, d. h. hat mehrere, durchaus unterschiedliche Gründe. Neben genetischen (Erb-)Faktoren spielen vor allem gesellschaftliche, aber auch individuelle und schließlich persönlichkeits-

spezifische Aspekte eine Rolle. Dazu ggf. belastende Lebensereignisse und familiäre Einflüsse.

Körperliche Konsequenzen

Das größte Gefahrenmoment der erwähnten körperlichen Veränderungen bei Anorexia nervosa ist der zum Teil extreme Gewichtsverlust und damit die Gefahr einer Unterernährung. Dabei ist jedem klar: Je rascher und intensiver die Gewichtsabnahme und je jünger der Organismus, der dies zu verkraften hat, desto folgenreicher sind die körperlichen Konsequenzen.

Besonders schwerschwiegend sind nicht nur die Ausfälle (je nach körperlichen Untersuchungs-Befunden), sondern auch das so genannte „Refeeding-Syndrom“, das bei sehr schneller (parenteraler = Infusions-)Wiederernährung auftreten kann. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende internistische, neurologische, kardiologische und laborchemische Literatur, vor allem auf intensiv-medizinischer Ebene.

Differential-Diagnose – was könnte es sonst noch sein?

Die Diagnose einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa ist natürlich schon von der Blick-Diagnostik her kein Problem. Dazu kommt die Psychopathologie, d. h. die krankhaften seelischen Veränderungen. Man darf jedoch nicht vergessen, dass sowohl anorektische als auch bulimische Symptome durchaus bei anderen körperlichen Erkrankungen sowie seelischen Störungen auftreten können. Es bedarf also neben der optischen Diagnose eines ausführlichen Fachgesprächs über das aktuelle Beschwerdebild sowie einer sorgfältigen Erhebung der Vorgeschichte. Körperliche Untersuchung und Bestimmung der wichtigsten Laborwerte verstehen sich von selber (s. o.).

Auf was ist nun differential-diagnostisch besonders zu achten, je nach Leidensbild?

- Die **Anorexia nervosa** mit ihrem Gewichtsverlust muss natürlich von jenen körperlichen Erkrankungen abgegrenzt werden, die ein ähnliches Beschwerdebild auslösen können, wenn auch unter anderen ätiopathogenetischen Voraussetzungen (Ursache und Verlauf).

Beispiele auf organischer, meist internistischer, kardialer oder neurologischer Ebene in Fachbegriffen: Diabetes mellitus, andere endokrine sowie gastrointestinale Erkrankungen (z. B. Sprue), chronische Pankreatitis, zystische Fibrose, Colitis, ösophageale oder intestinale Stenosen, infektiöse Erkrankungen wie Tuberkulose, Endokarditis oder HIV-Infektionen, maligne Erkrankungen des peripheren oder des zentralen Nervensystems, Intoxikationen, Leber- oder Nieren-Erkrankungen u. a. m.

Außerdem Medikamente, insbesondere Amphetamine (Weckmittel), die zu einer deutlichen Gewichtsabnahme führen können.

Zu den seelischen Erkrankungen, die differential-diagnostisch abgeklärt werden müssen, zählen: Depressionen (Appetitverlust!), psychotische Leiden (z. B. ernährungsbezogener Wahn), Zwangserkrankungen, Angststörungen (z. B. die so genannte Emetophobie, die Furcht sich zu erbrechen) sowie entsprechende Ängste vor Vergiftungen, Verunreinigung oder anderen folgenschweren Konsequenzen.

Ess-Störungen gehören – nebenbei bemerkt – diagnostisch nicht zu den Suchterkrankungen, auch wenn die deutschen Bezeichnungen „Magersucht“, „Ess-Sucht“, „Brech-Sucht“ u. a. eine Ähnlichkeit suggerieren. Semantisch gesehen stammt der Begriff „Magersucht“ wahrscheinlich vom altdeutschen „Magersiechtum“ ab.

- Die Differential-Diagnose zur Frage **Bulimia nervosa** oder nicht kann schwieriger ausfallen. Hier irritiert vor allem das ansonsten „unauffällige“ Gesamtbild mit oftmals über Jahre hinweg verheimlichtem krankhaftem Essverhalten, auf das auch kein Übergewicht hinweisen muss. Deshalb wird hier die Diagnose besonders spät gestellt (und die notwendige Behandlung noch länger verzögert).

Es gibt aber eine Reihe körperlicher Erkrankungen, bei denen entsprechenden Ess-Anfälle möglich, wenn auch eher selten sind. Beispiele: Tumore des Zentralen Nervensystems, Schädel-Hirn-Traumen (nach Unfall) sowie eine Reihe interneristischer und neurologischer Erkrankungen.

- Ähnliche differential-diagnostische Überlegungen finden sich bei der **Binge-Eating-Störung**, wobei auch hier Ess-Anfälle oder Übergewicht durch körperliche Leiden auszuschließen sind. Beispiele: Tumore, endokrine Erkrankungen, Medikamente sowie in seelischer Hinsicht depressive Störungen und psychotische Leiden.

Möglichkeiten und Grenzen der Therapie

Die Therapie des Ess-Störungen ist nicht einfach, wie bei nicht wenigen seelischen Krankheiten. Spontane Besserungen sind nur selten zu erwarten. Dafür gibt es klare Vorgaben:

Die so genannte Therapie der 1. Wahl, also was sich aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse als Erstes empfiehlt, ist die Psychotherapie. Dem Umfeld der Patienten, schließlich aber auch Hausarzt und ggf. weiteren Fachärzten je nach konsultiertem Fachbereich, kommt jedoch gerade hier eine entscheidende Rolle zu. Dies vor allem bei der Ersterkennung und begleitenden Betreuung in organischer Hinsicht.

Das wohl größte Problem ist vor allem die fast durchgehend bestätigte Erkenntnis, dass die Betroffenen selber einer konkreten Behandlung ablehnend, zumindest ambivalent gegenüber stehen. Hier sollten alle Beteiligten eine klare Meinung und Stellungnahme haben. Denn eines muss nach dem Stand der Erkenntnisse akzeptiert und zur Behandlungs-Maxime werden: In den meisten Fällen pflegt sich eine Ess-Störung nicht von alleine aufzulösen, von einem gesunden und sozial erfüllten Leben mit Ess-Störung ganz zu schweigen.

Nun ist es aber die erwähnte multifaktorielle Genese (verschiedene Ursachen) bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, die auch einen mehrgleisigen Behandlungs-Ansatz erfordert. In Fachbegriffen heißt das „störungs-spezifische Psychotherapie“ und „flankierende medizinische, vor allem internistische Behandlung“.

Deshalb ist die erste Aufgabe für die beteiligten Ärzte und Psychologen die Entwicklung einer Krankheits-Einsicht und der Aufbau einer ausreichenden Therapie-Motivation. Das ist nicht einfach. Denn die ambivalente Haltung nicht nur zur eigenen Erkrankung, sondern auch zu den notwendigen therapeutischen Vorschlägen, provoziert oft Auseinandersetzungen, die es jetzt gemeinsam zu bewältigen gilt.

Ein besonderes Problem ist dabei die Aufgabe der Angehörigen, die vor allem in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einbezogen werden sollten. Das aber kann wiederum mit dem so genannten Autonomie-Bedürfnis dieser Patienten (in welchem Alter auch immer, je später desto eher) kollidieren. Niemand möchte sich bevormunden, gängeln, zwingen, maßregeln, entmündigen etc. lassen, wie einige Abwehr-Bemerkungen der Patienten nahelegen.

Was empfiehlt sich nun an speziellen psychotherapeutischen Methoden? Hier versprechen entsprechende Studien durchaus akzeptable Ergebnisse durch die kognitive Verhaltenstherapie sowie interpersonelle Therapie (IPT). Auch die systemische Therapie, Familientherapie und andere Therapieverfahren haben ihre Erfolge.

Inhaltlich geht es vor allem um die schrittweise Normalisierung von Ess-Verhalten und Körpergewicht, den Verzicht auf Ess-Anfälle und jene kompensatorischen Verhaltensweisen, die das Krankheitsbild unterhalten (z. B. Erbrechen, exzessive Bewegung, Abführmittel-Missbrauch etc.). In einem zweiten Schritt werden dann die krankheits-auslösenden und störungs-relevanten Faktoren gemeinsam erarbeitet, um danach alternative Strategien zur Problemlösung zu diskutieren, zu planen und schließlich umzusetzen. Zentrales Ziel ist – schlicht gesprochen, aber entscheidend – die realistische Wahrnehmung und Akzeptanz des eigenen Körpers, wobei die Bereitschaft zur sozialen Anpassung bei aber geringer Konfliktfähigkeit ihre eigenen Probleme aufwerfen. Denn zu viel Druck führt nur zu Rückzug oder gar Vertuschung bis Täuschung, ist also kontraproduktiv. Dies gilt insbesondere für den „Problembereich Ziel-Gewicht“, für das es aber eben auch bestimmte Grenzwerte gibt, die schließlich anzustreben und einzuhalten sind.

Spezielle Zusatzhilfen wie Flüssignahrung oder gar Magensonde müssen im Einzelfall geklärt werden.

Nun gilt es aber auch nach therapeutisch erfolgreichem Abklingen der augenscheinlichsten Krankheitszeichen für viele seelische Störungen noch weiterbestehende psychische, psychosomatisch interpretierbare und psychosoziale Beeinträchtigungen zu beachten. Und so auch bei den Ess-Störungen. Hier sind es vor allem die erwähnte Körperbild-Störung sowie krankheits-spezifische Denkmuster, die noch eine Zeitlang und bisweilen unerfreulich lange fortbestehen können, obwohl die nach außen erkennbare Gewichts-Normalisierung eine dann leider doch zu frühe Entwarnung vortäuscht. Deshalb empfehlen die Experten gerade in diesen Fällen selbst nach erfolgreicher stationärer Psychotherapie eine noch längere ambulante Betreuung. Dabei gibt es erste Hinweise auf den möglichen Nutzen technologie-basierter Therapie-Elemente wie Online-Interventionen oder Apps im ambulanten Rahmen.

Medikamentöse Behandlungsversuche – Pro und Contra

Mit einer Psychotherapie oder entsprechenden ambulanten Betreuung sind die meisten Patienten mit seelischen Problemen durchaus einverstanden („wenn, dann nur ...“). Das hat natürlich seine Grenzen, allein aus der Sicht von wachsender Nachfrage und begrenztem Therapie-Angebot. Dabei müssen entsprechende Psychopharmaka nicht nur durch unerfreuliche Nebenwirkungen oder gar Suchtgefahr irritieren, sie haben auch ihre konkreten Indikationen (Heilanzeigen) und damit limitierten Behandlungserfolge. So auch bei den Ess-Störungen.

- Nach der derzeit herrschenden Meinung der dafür zuständigen Experten sollen bei der **Anorexia nervosa** *Neuroleptika* (also antipsychotisch wirksame Psychopharmaka) und *Antidepressiva* (zur Stimmungshebung) nur zur Gewichtszunahme (mögliche Nebenwirkung) nicht eingesetzt werden. Sollte sich aber ein depressives Leidensbild abzeichnen, kann die Gabe bestimmter Antidepressiva hilfreich sein. Dies wären dann in der Regel die so genannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), die ohnehin bei eigenständigen Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen bevorzugt werden. Doch auch hier würde man gerne bald wieder ausschleichen und vor allem zur Rückfall-Vorbeugung die ambulante Psychotherapie bevorzugen.

Nun gibt es aber Patienten, deren ständiges Denken um das Essen kreist, die unrealistische Ängste vor Gewichtszunahme haben, möglicherweise sogar grenzwertige (so genannte überwertige) Ideen und Befürchtungen in Bezug auf Figur und Gewicht, außerdem einen überzogenen Bewegungsdrang mit entsprechenden Schlafproblemen, dann wird auch an den Einsatz bestimmter Neuroleptika gedacht, auch wenn es bisher nicht offiziell empfohlen wird (z. B. Olanzapin).

- Bei der **Bulimia nervosa** hat die psychopharmakologische Behandlung aus wissenschaftlicher Sicht inzwischen einen höheren Stellenwert. Besonders Antidepressiva sind hier durchaus hilfreich, insbesondere bei Heißhunger-Anfällen. Und dort, wo in selbstschädigender Weise unrealistischer Perfektionismus, mangelndes Selbstwertgefühl und allseits belastende zwischenmenschliche Umgangsformen beeinträchtigen. Auch hier geht es vor allem um die erwähnten SSRI-Antidepressiva, wobei für Fluoxetin sogar eine offizielle Zulassung vorliegt.

Der Erfolg in diesen Fällen macht sich vor allem bei zusätzlichen Störungen der Impulskontrolle sowie zermürender depressiver, Angst- oder gar Zwangssymptomatik bemerkbar. Ein Rückfall ist aber auch durch fortlaufende medikamentöse Behandlung nicht gänzlich vermeidbar. Deshalb werden auch andere psychotrope Arzneimittel erprobt, zum Beispiel das Antiepileptikum Topiramate, was aber dann den entsprechenden Experten vorbehalten bleibt.

- Für die Behandlung der **Binge-Eating-Störung** gibt es in Deutschland keine konkrete Empfehlung und Zulassung. Sollte eine Psychotherapie nicht möglich oder erfolgreich sein, können auch hier die erwähnten SSRI-Antidepressiva und das Antiepileptikum Topiramate erwogen werden, was aber noch weiter erforscht werden muss. Dies gilt auch für neue Vorschläge, die sogar Stimulanzien einbeziehen.

Wann empfiehlt sich eine stationäre Therapie?

Natürlich versuchen alle, der Patient an erster Stelle, aber auch seine Angehörigen, ja sogar die Ärzte und vielleicht schon eingebundenen psychologischen Psychotherapeuten, eine stationäre Behandlung selbst in einer dafür zuständigen Fachklinik erst einmal zu vermeiden. Das ist verständlich. Andererseits kann gerade eine Ess-Störung mit ihren vielfältigen Ursachen und vor allem folgenreichen Belastungen auf zwei Ebenen, nämlich seelisch und körperlich, dabei Letzteres viel riskanter als bei anderen psychischen Erkrankungen, zu einer solchen Entscheidung zwingen. Was wird hier an entsprechenden Indikationen für eine *stationäre Therapie* bei Ess-Störungen diskutiert, vorgeschlagen und dann hoffentlich auch rechtzeitig und erfolgreich umgesetzt?

Nach außen vor allem ein rapider oder anhaltender Gewichtsverlust bzw. gravierendes Untergewicht, wobei sich Ärzte und Psychologen auf konkrete Daten in bestimmten Mess-Einheiten stützen. Auf jeden Fall anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung (bei Kindern und Jugendlichen noch früher als im Erwachsenenalter).

Ferner soziale oder familiäre Aspekte, die einen Gesundungs-Prozess stark behindern. Dazu gehören beispielsweise soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung u. a.

An eine stationäre Behandlung denkt man auch bei ausgeprägter psychischer Komorbidität, d. h. zusätzliche seelische Erkrankungen. Und natürlich bei schwerer bulimischer Symptomatik, sprich Missbrauch von Laxanzien oder Diuretika, schweren Ess-Anfällen mit Erbrechen sowie exzessivem Bewegungsdrang, der sich ambulant nicht beherrschen lässt. Ganz zu schweigen von drohender Gefährdung oder entsprechenden Komplikationen auf körperlicher Ebene (insbesondere Elektrolyt-Störungen und EKG-Veränderungen).

Diskutiert werden muss eine stationäre Therapie auch bei geringer Krankheitseinsicht und Überforderung bei ambulanter Behandlung, vor allem was die Aspekte Mahlzeiten-Struktur, Essens-Menge, Rückmeldungen zum Ess-Verhalten, Motivationsbildung u. a. betrifft. Und wenn ein multiprofessionelles Team mit krankenhaus-typischen Heilmethoden (z. B. stationäre Intensivtherapie) notwendig wird. Oder noch einfacher: bei fehlendem Erfolg trotz fachgerechter ambulanter Behandlung.

LITERATUR

Grundlage dieser kurz gefassten Übersicht ist der empfehlenswerte Weiterbildungs-Artikel *Diagnostik und Therapie von Essstörungen* in der Fachzeitschrift MMW Fortschritte der Medizin 51 (2018) 160 durch ein Expertenteam der Fachklinik Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee: Dipl.-Psych. Markus Fumi, Dr. Silke Naab und Prof. Dr. Ulrich Voderholzer.