

Apropos

Multidisziplinäre Zusammenarbeit bei Magersucht
Prof. PMU Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet im Porträt
Binge-Eating-Störung und Adipositas
Deutliche Therapieeffekte bei stationärer Behandlung

MULTIDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT IM STATIONÄREN UND AMBULANTEN SETTING

Am Beispiel der Behandlung der chronischen Magersucht lässt sich veranschaulichen, wie wichtig eine multidisziplinäre Herangehensweise sowie die enge Zusammenarbeit zwischen Spital und ambulanten Behandlern ist.



Prof. PMU Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet
Fachärztin für Psychiatrie mit Zusatztitel
Psychotherapie
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen können in vielen Fällen erfolgreich behandelt werden und schnell wieder abklingen. Andererseits gibt es chronische Verläufe, die mit einem grossen Leidensdruck für die Betroffenen und erheblichen Einschränkungen im somatischen und sozialen Bereich einhergehen. Besonders wenn psychische und körperliche Symptome über einen langen Zeitraum hinweg auftreten, kann eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychologen und anderen Fachkräften verschiedener Disziplinen settingübergreifend notwendig werden. Paradebeispiel hierfür stellen die chronischen Verläufe der Anorexia nervosa dar.

Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Behandlern

Die Anorexie ist eine häufige und oft schwere Erkrankung. In 90% der Fälle sind Frauen betroffen, weswegen in diesem Artikel das generische Femininum gebraucht wird. Im Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren liegt die 12-Monats-Prävalenz bei 0,4% (AWMF Leitlinie 2018, S. 7). Die Anorexie ist im Wesentlichen durch eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers und ein obsessives Verlangen nach Gewichtsverlust gekennzeichnet. Je nach Schweregrad wird die Lebensqualität durch psychische, körperliche und psychosoziale Folgen erheblich eingeschränkt. Der Verlauf ist unterschiedlich, erstreckt sich aber meist über mehrere Jahre. Studien ergaben, dass – falls eine Heilung eintritt – diese durchschnittlich erst nach sechs Jahren erreicht ist. Die Hälfte bis zwei Drittel der

Patientinnen erreichen dann wieder Normalgewicht, bei einem kleineren Teil kommt es zu einer Teilremission, aber 20 % der Fälle nehmen einen chronischen schweren Verlauf (ebd., S. 73). Die Mortalität ist die höchste im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen; Studien zeigen keine einheitlichen Befunde, aber die Sterblichkeitsrate kann gegenüber der gleichaltrigen Normalbevölkerung bis zu 10-fach erhöht sein (ebd., S. 9).

Aus dieser Tendenz zur Chronifizierung und aus der facettenreichen Symptomatologie ergibt sich, dass die Behandlung von schwerer Magersucht eine multidisziplinäre Herangehensweise erfordert, die sowohl stationäre als auch ambulante Massnahmen umfasst und einen Gesamtbehandlungsplan einschliessen sollte (ebd., S. 74). Stationäre Therapien sind oft notwendig, um lebensbedrohliche Zustände zu behandeln und eine intensive Überwachung zu gewährleisten. Ambulante Therapien hingegen können langfristig helfen, die Essstörung zu bewältigen.

Im ambulanten Bereich kommt Hausärzten und Psychiatern sowie psychologischen Psychotherapeuten eine schwierige Aufgabe zu. Für Ärzte gilt es, pharmakologische Einstellungen vorzunehmen und die nötigen medizinischen Untersuchungen durchzuführen, darunter Laborkontrollen und Gewichtskontrollen. Die Patientinnen, die sich meist selbst nicht krank fühlen, sondern von den Angehörigen «geschickt» werden, müssen oft dazu motiviert werden. Neben dem hohen Zeitaufwand, den dies typischerweise erfordert, tragen Hausärzte eine hohe Verantwortung. Sie müssen den Zeitpunkt erkennen, wann eine Klinikeinweisung erfolgen muss. Dies kann schwierig sein, wenn die Patientin hierfür nicht bereit ist und/oder ein entsprechender Klinikplatz nicht zeitnah zur Verfügung steht. Da die Motivierung manchmal eine längere Vorlaufphase braucht, kann es hilfreich sein, wenn ambulant und stationär tätige Ärzte und Psychotherapeuten frühzeitig in gegenseitigen Austausch treten. Seitens der Klinik angebotene Vorgespräche und Klinikbesichtigungen sowie einige überbrückende psychiatrische Kontakte bis zur Klinikaufnahme wirken vertrauensbildend und erleichtern der Patientin die Entscheidung für eine nötige Klinikbehandlung.

Auf der anderen Seite sind Patientinnen nach einem stationären Aufenthalt zwar oft in gebessertem, aber nicht geheiltem Zustand. Man führe sich vor Augen, dass bei der üblicherweise empfohlenen Gewichtszunahme von etwa 500 g pro Woche selbst bei einem idealen Verlauf innerhalb von 10 Wochen nur 5 kg zugenommen werden können. Eine Patientin, die beispielsweise mit 39 kg aufgenommen wird (s. u.), hat nach 10 Wochen immer noch erst 44 kg und kann damit immer noch nicht im stabilen Bereich sein. Oft nehmen die Patientinnen während des Klinikaufenthalts unter dem gegebenen Druck zwar zu, schwören sich aber dabei, gleich nach der Entlassung wieder abzunehmen. Es kommt unter anderem deswegen häufig poststationär zu erneuter Gewichtsabnahme. Die AWMF-Leitlinie (ebd., S. 169) sieht vor, dass ein ambulantes poststationäres Screening über ein Jahr hinweg erfolgen soll. Bei Patientinnen, die mit einem noch niedrigen BMI entlassen werden müssen, braucht es ein regelmässiges Screening des Gewichts und wegen der oft sich wieder verschlechternden körperlichen Parameter regelmässige Laborkontrollen und Kontrollen der Vitalparameter. Bei Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich ist es deswegen zielführend, dass sich die beteiligten Behandler – Klinikärzte und Hausärzte oder Psychi-

ater – abstimmen und einen Gesamtbehandlungsplan erstellen. Dazu gehört beispielsweise die gemeinsame Festlegung eines Mindestgewichts, das zu einer Wiederaufnahme führen sollte. Die beteiligten stationären und ambulanten Psychotherapeuten sollten sich im Einvernehmen mit der Patientin über Erreichtes und die nächsten Ziele der Therapie verständigen.

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass dieser gegenseitige kollegiale Austausch nicht nur im patientenseitigen Interesse ist. Er dient auch dem medizinischen Fachpersonal für die Erweiterung des fachlichen Wissens und der emotionalen Entlastung bei hoher Verantwortlichkeit. Insofern ist der Austausch auch therapeutenseitig von hohem Wert.

Multiprofessionelle und multimodale Behandlung

Die Nahrungsverweigerung, die absichtlich herbeigeführte Untergewichtigkeit und die dysfunktionale Wahrnehmung, sich unabhängig vom realen Gewicht als «zu dick» zu erleben, sind für Laien, Angehörige, aber oft auch für Fachleute schwer nachvollziehbar. Sie erzeugen nicht selten Unverständnis und Ablehnung sowie vor allem Hilflosigkeit, wenn die Betroffene «einfach nicht schlucken will», so gut man es auch mit ihr meint. Es mag aber intuitiv einleuchten, dass die für die menschliche Existenz basale Nahrungsaufnahme störanfällig sein kann aufgrund ihrer Komplexität mit Abhängigkeit vom Nahrungsangebot, von Unverträglichkeiten, von sozialen Normen und familiären Gepflogenheiten sowie mittlerweile immer besser bekannten biologischen Determinanten. Die Betroffenen hungern und beschäftigen sich gedanklich oft ununterbrochen mit Essen, was überaus quälend erlebt wird. Aus dem Munde einer Betroffenen klingt dies beispielsweise so:

«Wenn ich etwas esse, wird mir sofort übel und ich verspüre grossen Druck, sowohl körperlich als auch psychisch. Es entsteht ein starker Ekel. Und der zwanghafte Drang, sofort alles wieder auszuspuken. Wenn ich nicht erbrechen kann, wird der Ekel unerträglich. Das Aufgenommene muss aus dem Körper sofort raus. Ich ertrage nicht, dass die Nahrung meinen Körper verändert. Deswegen esse ich oft fast nichts, obwohl ich starken Hunger habe. Wenn ich weiss, dass ich später erbrechen kann, habe ich oft Essattacken, bei denen ich sehr grosse Portionen verzehre. Von den Gedanken ans Essen und meinen Hungergefühlen kann ich mich nur stundenweise ablenken. Deswegen kann ich im Alltag kaum etwas schaffen. Es ist alles sehr quälend. Ich will unbedingt zunehmen, will wieder Sport treiben können. Aber ich habe das Gefühl zu versagen, wenn ich mir Nahrung gönne und mich nur wenig bewege. Das ist wiederum unerträglich. Ein Teufelskreis. Ich werde mir nicht das Leben nehmen, aber vielleicht durch Hungern allmählich von der Welt verschwinden.»

Dies sind die Worte einer 38-jährigen Patientin, die seit 18 Jahren an der bulimischen Form einer Anorexie erkrankt ist. Sie war früher eine erfolgreiche Leistungssportlerin. Trotz starker Erschöpfung zwang sie sich vor der Aufnahme täglich zu etwa 25'000 Schritten, da sie «nicht faul sein» könne und wolle. Seit mehreren Jahren ist sie wegen Konzentrationsproblemen arbeitsunfähig. Sie wurde von ihrem Hausarzt in stationäre Behandlung eingewiesen, da sie in den vorausgehenden Wochen rapide abgenommen hatte. Dies geschah unter ihrem deutlichen Protest. Es handelte sich dabei um die fünfte stationäre Behandlung. Wegen der schnellen Gewichtsabnahme bestand vitale Gefährdung, vor allem durch Elek-

trolytentgleisung mit Herzrhythmusstörungen. Bei Aufnahme wog sie 39 kg bei einer Grösse von 1,68 m, entsprechend einem Body-Mass-Index (BMI) von 13,8 kg/m². Die Ankündigung, «von der Welt zu verschwinden», zeigt den massiven Leidensdruck.

An dieser Fallvignette wird deutlich, dass eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und multimodale Behandlung erforderlich ist, um die Patientin zu stabilisieren. Im stationären Rahmen kann dies mit hoher Therapiedichte erfolgen.

Es steht bei den im stationären Rahmen behandelten, oft schwer kranken Patientinnen zunächst die ärztliche Diagnostik und Therapie im Zentrum. Entsprechend der Untergewichtigkeit können mannigfache medizinische Problemstellungen vorliegen. Im Vordergrund steht ein Monitoring der möglichen raschen Veränderungen der Elektrolytkonzentrationen (Hypokaliämien bei 20%, Hyponatriämien bei 7%, Hypokalzämien bei 6% der Patientinnen [ebd., S. 38 ff.] und Hypophosphatämien bei zu rascher Gewichtszunahme). Im Blutbild finden sich vor allem Leukopenien und ein erniedrigter Hämatokrit. Bei mehr als der Hälfte besteht eine Bradykardie, manchmal auch eine Tachykardie. Herzrhythmusstörungen, auch wegen eines Mitralklappenprolaps, sind die grössten Gefährdungsfaktoren. Perikardergüsse kommen vor, ebenso Frakturen bei Osteoporose. Amenorrhoe gehört zu den diagnostischen Kriterien. Eine Störung der gastrointestinalen Motilität tritt bei fast alle Patientinnen auf. Auf eine Aufzählung der vielen weiteren möglichen Störungen, zum Beispiel der Haut und Hautanhangsgebilde/Zähne, sei an dieser Stelle verzichtet. Eine Übersicht findet sich unter anderem bei Friederich et al. (2022) oder Laimbacher (2018).

Psychologische oder ärztliche Psychotherapie ist von Anfang an erforderlich, um innere Widerstände gegen die Gesundung zu verstehen, aufzulösen und die Behandlungsmotivation zu stärken. Denn der Behandlung steht die Ambivalenz vieler Patientinnen am meisten entgegen, was zu häufigen Behandlungsabbrüchen und Chronifizierungen führt. Die Patientinnen wollen einerseits zunehmen, sehen die Problematik rational ein, aber erleben die Gewichtszunahme gleichzeitig emotional als Versagen und reagieren mit Selbstverachtung auf die vermeintliche Disziplinlosigkeit. Ein häufiger innerer Konflikt ist das übermässige Streben nach Selbstbestimmtheit und Autarkie. Viele Patientinnen bestehen deswegen auch auf ihren dysfunktionalen Ernährungsgewohnheiten, wollen sich hier nicht fremdbestimmen lassen, was dann aber paradoxerweise zu starken anderweitigen Abhängigkeiten führen kann, beispielsweise durch Unterbringung in einer Klinik mit der Notwendigkeit zur Einhaltung strikter Verhaltensregeln. Aus psychosomatisch-psychodynamischer Sicht ist dieser Gegensatz zwischen dem Wunsch nach Autarkie und der faktisch gegenläufigen übermässigen Abhängigkeit gar nicht so schwer verstehbar, da es sich um zwei Seiten der gleichen Medaille handelt. Der Konflikt um Autarkie und Versorgung (Konflikt K3 nach Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik; Arbeitskreis OPD 2024), der oft zu diagnostizieren ist, spiegelt sich in dieser Konstellation in seinen gegenüberliegenden Polen. Im Falle der hier vorgestellten Patientin war in der Inszenierung ihres Verhaltens auf der Therapiestation beispielsweise auffällig, dass sie einerseits ihre Freiheiten einforderte und ihre emotionale Unabhängigkeit von der Zuwendung anderer betonte, dass sie andererseits aber durch viele notwendige Krisengespräche indirekt intensive

Bindungen zum Personal herstellte. Solche Dilemmas sind, auch wenn sie diagnostisch erkannt werden, wegen der tief wurzelnden Bindungsängste, die auf negative Beziehungserfahrungen zurückgehen, schwer aufzulösen. Aber sie bestimmen den Fortgang der Therapie und verunmöglichen manchmal den Therapieerfolg. Hierfür sind längere therapeutische Prozesse erforderlich, was die lange Behandlungsdauer von manchen magersüchtigen Patientinnen erklärt. Aus diesen Dilemmas wird verstehbar, warum «gut gemeinte Ratschläge» von Laien, etwa Angehörigen oder manchmal auch von im Krankheitsbild unerfahrenem medizinischen Fachpersonal, «doch einfach mal ein Brötchen mehr» zu essen, meist nicht von Erfolg gekrönt sein können.

Die Gründe für die ausgeprägte innere Ambivalenz, zunehmen zu wollen und doch wieder nicht, sind den Patientinnen meist selbst nicht zugänglich und deswegen auch nicht verbalisierbar. Oft helfen semi-verbale Kreativtherapien wie Kunst- und Musiktherapie durch Erleben von unmittelbaren Erfahrungen im therapeutischen Prozess. Diffuse Ängste werden konkretisiert und dadurch therapeutisch bearbeitbar. Im Fallbeispiel zeichnete die Patientin in der Kunsttherapie einen übergrossen Vater und kommentierte unter Tränen, dass sie sich durch seine Strenge «klein gehalten» fühlte, weswegen sie sich in ihrem Erwachsenenleben keinen Regeln mehr unterwerfen wolle, auch nicht den Regeln der Station am Esstisch.

Die Körperschemastörung – die verzerrte Selbstwahrnehmung des Körpers als «zu dick» – kann unter anderem in der konzentrierten Bewegungstherapie aufgegriffen werden. In der Sporttherapie kann die Patientin zu einem funktionalen Bewegungsverhalten angeleitet werden, um den übermässigen Bewegungsdrang besser steuern zu können.

Neben der medizinischen, psychotherapeutischen und sport- sowie kreativtherapeutischen Behandlung ist die Ernährungsberatung der wesentlichste Baustein der Therapie. Oft praktizieren die Betroffenen ein Ernährungsverhalten, das durch Begrenzung auf sehr wenige kalorienreduzierte Lebensmittel gekennzeichnet ist. Es gilt, auf der Basis individueller Ernährungsdiagnostik mit der Patientin einen individuellen Ernährungsplan zu erarbeiten. In Kochgruppen lernen die Patientinnen unter anderem, ebenfalls angeleitet durch die Ernährungsberaterin, wieder warme Mahlzeiten zuzubereiten, welche die Patientinnen oft vermeiden. In der Essbegleitung, die vielfach von den Pflegefachpersonen übernommen wird, geht es um achtsames Essen und um die Regelmässigkeit von Nahrungsaufnahme zur Vermeidung von Hungerzuständen. Die Patientinnen werden nicht wegen kleiner Portionen oder kalorienreduzierter Kost kritisiert, sondern in Nachbesprechungen des Essens in Bezug auf die Auflösung ihrer Widerstände unterstützt. Im stationären Betrieb helfen Pflegefachpersonen ausserdem bei der Bewältigung von Alltagsproblemen.

Weil viele Patientinnen durch die chronifizierten Erkrankungen in schwierigen psychosozialen Verhältnissen leben, werden Case Manager, Sozialpädagogen und eventuell eine Betreuung durch die Spitex benötigt, um Ausbildung, berufliche und soziale (Wieder-)Eingliederung zu unterstützen oder finanzielle Angelegenheiten, Wohnsituation oder familiäre Konflikte zu klären.

Dies lenkt den Blick zurück zum Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Dieser bleibt eine wichtige Schnittstelle der Therapie, da die Patientinnen in der poststationären Phase besonders aufgefangen werden müssen, um nach der intensiven Therapiephase wieder in ein selbstständiger geführtes Leben zurückfinden zu können.

Fazit

Zusammenfassend handelt es sich bei der Anorexia nervosa um eine psychosomatische Erkrankung per se. Sie betrifft «Leib und Seele», sie betrifft Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Befindlichkeiten sowie Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung und Bewegung. Von den Behandlerinnen und Behandlern fordert dies grundsätzlich eine ganzheitliche Betrachtung im Sinne der Leib-Seele-Einheit. Wegen der vielen Facetten der Erkrankung und dem schnell chronifizierenden Verlauf ist eine multidisziplinäre und multimodale Behandlung mit enger Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Behandlern die

Methode der Wahl. Dieses Setting erfordert oft viele Anstrengungen und Bemühungen von vielen Beteiligten. Aber das Engagement lohnt sich.

Halten wir uns an die Worte der Patientin: «Ich bin über jegliche therapeutische Unterstützung und für alle, die mich nicht aufgeben, dankbar.» ■

Quellen

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) OPD-3. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Hogrefe 2024.

AWMF S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (2018).

https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026L_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf (awmf.org).

Friederich, HC., Terhoeven, V., Nikendei, C. (2022). Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (eds) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63544-5_34.

Laimbacher, J. (2018). Somatische Akut- und Folgeerkrankungen bei Anorexia nervosa. Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin, S. 6–10.

PROF. PMU DR. MED. DIPL.-PSYCH. ISA SAMMET IM PORTRÄT

Mit Prof. PMU Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet darf sich die Privatklinik Aadorf über eine neue Persönlichkeit im Leitungsgremium freuen, die viel Erfahrung und ausgewiesene Expertise auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychosomatischen Medizin mitbringt.

Isa Sammet studierte Psychologie an der Universität Erlangen und Humanmedizin an der Universität Hamburg. Es folgten Stationen als Assistenzärztin im Fachgebiet Psychiatrie an der Privat-Nervenklinik Fontheim in Liebenburg und im Fachgebiet Neurologie an der Weserberglandklinik Höxter. Nach einem zweijährigen Aufenthalt in Los Angeles arbeitete sie elf Jahre als Wissenschaftliche Assistentin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen – die ersten fünf Jahre als Stationsärztin, danach als Leiterin der allgemeinen Poliklinik und Funktionsoberärztin im Konsiliardienst in den Bereichen Psychoonkologie und Psychotraumatologie.

Zwischen 2005 und 2010 war sie als leitende Oberärztin in der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Tübingen tätig, wo sie unter anderem den Aufbau einer Tagesklinik sowie die Leitung der Therapiestation für Essstörungen und somatoforme Störungen verantwortete. Zwischen 2010 und 2015 leitete Isa Sammet an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen den Psychotherapiebereich, unter anderem mit einer Eltern-Kind-Station, und war in der Funktion der Psychosomatischen Konsiliarärztin Gründungsmitglied des Adipositas-Zentrums am Kantonsspital Frauenfeld. Danach engagierte sie sich als Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie am Klinikum Christophsbad in Göppingen, wo ihr neben dem psychosomatischen Bereich die Verantwortung für eine Suchtabteilung,

eine Borderline-Station, ein psychiatrisches Ambulatorium und die Ausbildungsakademie für Psychologische Psychotherapeuten oblag. Zuletzt war sie als Ärztliche Direktorin der Psychiatrischen Klinik Schloss Freudental bei Stuttgart sowie als Leitende Ärztin in der Clenia Psychiatriepraxis Frauenfeld tätig.

In der Wissenschaft und Forschung setzte sich Isa Sammet intensiv mit dem psychotherapeutischen Prozess auseinander, dies auch bei ihrer medizinischen Promotion am Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Hamburg sowie im Rahmen einer Forschungsprofessur an der medizinischen Privatuniversität Paracelsus in Salzburg. Zu weiteren Forschungsschwerpunkten von Isa Sammet zählen die Wirkfaktoren stationärer Psychotherapie und die Implementierung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik in die Praxis. Daneben war sie zu vielen Themen in der universitären und ausseruniversitären Lehre aktiv und veröffentlichte zahlreiche Fachbücher, etwa über Adipositas, Narzissmus und den psychotherapeutischen Prozess.

Seit dem 1. März 2024 ist Isa Sammet als Chefärztin und Bereichsleiterin der Station Oase und der Ambulatorien Aadorf und Zürich an der Privatklinik Aadorf tätig. Auf der Station werden Frauen mit Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa behandelt.

BINGE-EATING-STÖRUNG – EINE HÄUFIGE URSACHE VON ADIPOSITAS

Die Binge-Eating-Störung ist die häufigste Essstörung. Sie hat vielfältige Ursachen und führt in vielen Fällen zu Adipositas mit entsprechenden psychischen und körperlichen Folgeschäden. Für die Symptombewältigung ist eine multimodale Diagnostik und Behandlung unter Einbezug somatischer sowie psychischer Faktoren zielführend.



Dr. med. Almut Schaefer
Leitende Ärztin Privatklinik Aadorf
Bereichsleitung Station Viva

Obwohl viele Menschen gelegentlich zu viel essen, wählen sie entsprechend ihres Hungergefühls meistens adäquate Portionsgrößen. Manche Menschen leiden jedoch häufig und damit krankheitswertig an Essanfällen mit unkontrollierter Nahrungsaufnahme – der sogenannten Binge-Eating-Störung (BES). Anders als bei der Bulimie fehlen bei der BES in Folge der Essanfälle jedoch kompensatorische Verhaltensweisen zur Gewichtsreduktion.

Das Störungsbild wurde bereits 1959 beschrieben. Im Jahr 2013 wurde die Binge-Eating-Störung als offizielle Diagnose in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-5 aufgenommen und ist auch in der neuen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-11 als eigenständige Diagnose im Kapitel der Fütter- und Essstörungen genannt.

Hinweis Dieser Text ist eine gekürzte und redaktionell bearbeitete Version eines Fachbeitrags im Magazin BrainMag, der von den Autor:innen Dr. med. Almut Schaefer, lic. phil. Gisela Thoma, Dr. med. Stephan N. Trier, M.H.A., und Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet verfasst wurde.

Prävalenz

Die Binge-Eating-Störung ist die häufigste Essstörung; die Lebenszeitprävalenz in der Schweiz liegt bei Frauen bei 2,4%, bei Männern bei 0,7%. Während Menschen mit einer Binge-Eating-Störung zu rund 70% unter einer Adipositas leiden, besteht umgekehrt bei adipösen Menschen eine Lebenszeitprävalenz von 20 bis 30% für das Auftreten einer BES. Dies bedeutet, dass die BES eine häufige Ursache von Adipositas ist. Typischerweise manifestiert sich die Binge-Eating-Störung zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr. Eine zweite Häufung der Erstmanifestation konnte im Alter zwischen 45 und 54 Jahren nachgewiesen werden. Unbehandelt sind chronische Verläufe häufig.

Ätiologie

BES ist eine komplexe Störung, an deren Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung mehrere psychosomatische und biologische Faktoren beteiligt sind. In Zwillingsstudien wurde eine Erblichkeit zwischen 64 und 80% festgestellt. Als psychische Risikofaktoren gelten unter anderem erhöhte Impulsivität, niedriges Selbstwertgefühl sowie Emotionsregulationsdefizite. Weitere prädisponierende Faktoren können ein negatives Körperbild und Diätverhalten in der Kindheit und Jugend sein. Als auslösende psychosoziale Faktoren sind kritische Lebensereignisse, niedrige soziale Unterstützung durch Gleichaltrige sowie kritische Kommentare über Figur und Gewicht belegt. Restriktive Phasen der Nahrungsaufnahme im Wechsel mit Essanfällen begünstigen die Aufrechterhaltung der BES.

Stigmatisierung

In Folge der häufig auftretenden Adipositas bei BES kommt es oft zu Stigmatisierungserfahrungen. Übergewichtigen Menschen werden mangelnde Disziplin, Willensschwäche, psychische Auffälligkeiten und Unattraktivität zugeschrieben. Im medizinischen Bereich ist die Diskriminierung adipöser Menschen besonders ausgeprägt. Im Vergleich zu Normalgewichtigen werden Beschwerden adipöser Patient:innen weniger ernst genommen. Krankheiten werden häufiger übersehen, teure Untersuchungen seltener durchgeführt. Die Konsultationsdauer ist kürzer. Zudem wird adipösen Menschen häufiger mangelnde Hygiene und ein Nicht-Befolgen von Behandlungsempfehlungen unterstellt. Häufig schreiben sich die Betroffenen die erwähnten negativen Bewertungen selbst zu, wodurch Selbstwert und Selbstwirksamkeit geschwächt werden und eine Selbststigmatisierung entsteht.

Komorbiditäten

Bei fast 70% der Patient:innen mit einer BES besteht ein BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Entsprechend erhöht ist bei diesen Betroffenen das Risiko für Erkrankungen, die mit Adipositas assoziiert sind, zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, chronische Schmerzerkrankungen oder bestimmte Karzinome. Psychische Komorbiditäten bestehen bei rund 70% der an BES erkrankten Menschen. Dabei sind komorbide affektive Störungen sowie Angststörungen und Impulskontrollstörungen am häufigsten. Suchterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen,

gen und Persönlichkeitsstörungen treten ebenfalls gehäuft auf.

Therapie

Zur Behandlung von Menschen mit BES und Adipositas ist eine längerfristige koordinierte multiprofessionelle und multimodale Therapie zielführend und bietet gute Erfolgsperspektiven. Die Therapieziele sind eine Verbesserung der Essstörungssymptomatik mit Implementierung eines gesunden Essverhaltens, eine Verbesserung der assoziierten psychischen Probleme, die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen sowie die Rückfallprävention. Die Behandlungsstrategie der ersten Wahl stellt leitliniengerecht die Psychotherapie im Rahmen einer längerfristig angelegten multimodalen Behandlung dar. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich die Essstörungssymptome durch Psychotherapie deutlich verbessern. Rund 50%

erreichen eine Abstinenz der Essanfälle, 60% geben an, von der Behandlung zu profitieren. Die Effekte bleiben oft langfristig erhalten. Das am besten untersuchte Verfahren ist die kognitive Verhaltenstherapie, in der auslösende, begünstigende und aufrechterhaltende Kognitionen und Verhaltensweisen bearbeitet werden. Aber auch andere Therapieansätze wie die psychodynamische, die interpersonelle sowie die dialektisch-behaviorale Therapie zeigen Wirksamkeit.

Eine stationäre psychosomatische Behandlung ist angezeigt bei einer besonderen Schwere der Symptomatik, bei ausgeprägtem psychischem Leiden mit deutlicher Einschränkung der Lebensqualität, starken Gewichtsschwankungen oder komorbiden Erkrankungen. Im stationären Setting lassen sich verschiedene spezialisierte Therapieverfahren mithilfe eines interdisziplinären Teams durchführen.

Ausserdem schätzen viele Patient:innen den intensiven Austausch und die Gemeinschaft mit anderen Betroffenen.

Psychologische Theorien

Im Fachbeitrag zum Thema im BrainMag setzen sich die Autor:innen intensiv mit den Hintergründen und Zusammenhängen von BES und Adipositas auseinander. Ein besonderes Augenmerk liegt zudem auf den psychologischen Theorien zur Entwicklung einer Binge-Eating-Störung. Den gesamten Fachbeitrag finden Sie über die entsprechende Newsmeldung auf unserer Website klinik-aadorf.ch oder bequem durch das Scannen des abgebildeten QR-Codes. ■



Aadorfer Fachforum Psychotherapie

BEWEGENDES ZUR ANOREXIE UND ANDEREN ESSSTÖRUNGEN

Die kommende Ausgabe des Aadorfer Fachforums Psychotherapie steht im Zeichen von Bewegung und Dynamik im Kontext von Essstörungen. Jetzt Datum vormerken!

Das Aadorfer Fachforum Psychotherapie bietet vielschichtige Informationen zu aktuellen Fachthemen und ist eine ideale Plattform für Psychotherapeutinnen und weitere medizinische Experten. Die kommende Veranstaltung widmet sich dem Thema Essstörungen sowie der Bewegung in körperlicher wie auch psychischer Hinsicht.

Dr. med. Petra Dallmann wirft in ihrem Referat einen Blick auf Essstörungen im Leistungssport, während **Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet** der Dynamik der Magersucht im therapeutischen Prozess auf den Grund geht. Spannende Workshops zur Vertiefung ausgewählter Themen und der wertvolle Austausch mit Fachpersonen runden den Anlass ab.

SAVE THE DATE!

24. Oktober 2024

ab 13:30 Uhr

Bildungszentrum Sihlpost
Zürich

Sie erhalten demnächst
detaillierte Informationen.

IMPULS FÜR EINE DAUERHAFT VERÄNDERUNG

Beim Auftreten der beiden Diagnosen Binge-Eating-Störung und Adipositas ist bei ausgeprägter Symptomatik und hohem Leidensdruck eine stationäre Therapie angezeigt. Das Beispiel von Frau D. zeigt, dass sich dadurch die Basis für eine langfristige Verbesserung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit sowie des Selbstwerterlebens legen lässt.

Frau D. ist 40 Jahre alt und wurde aufgrund einer langjährigen Binge-Eating-Störung zur stationären Behandlung zugewiesen. Zum Eintrittszeitpunkt hatte sie mit 137 Kilogramm und einem Body-Mass-Index von 53 kg/m^2 ihr Höchstgewicht erreicht. Durch die Adipositas permagna war Frau D. in ihrer Beweglichkeit und körperlichen Belastbarkeit stark eingeschränkt. Zusätzlich wurde vor kurzem ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert.



Essproblematik seit der Kindheit

Frau D. berichtete, täglich nach der Arbeit unkontrolliert zu essen, hauptsächlich Süßigkeiten, die sie wahllos «in sich hineinstopfe». Bereits in der Kindheit habe sie «Probleme mit dem Gewicht» gehabt. Sie sei pummelig gewesen, habe in der Jugend kurzzeitig selbstinduziert erbrochen und später zahlreiche Diätversuche unternommen. Aus ihrer Lebensgeschichte geht hervor, dass sie als zweitältestes Kind in eine grosse Familie geboren wurde. Als sie im Kindergartenalter war, verstarb ihr älterer Bruder infolge eines tragischen Unfalls. Der Verlust und dessen Auswirkungen, worüber in der Familie kaum gesprochen wurde, haben Frau D. vermutlich mit heftigen Gefühlen von Schuld, Traurigkeit und Einsamkeit überflutet. Bis weit ins Erwachsenenleben hinein habe sie sich gewünscht, sie selbst wäre anstelle ihres Bruders verstorben. In den unmittelbaren Folgejahren kamen weitere Trennungen und Verluste hinzu: Die Familie verliess ihr Ursprungsland und immigrierte in die Schweiz, wo Frau D. ihre Schulzeit verbrachte. Über mehrere Jahre habe sie kaum sozialen Anschluss gefunden, erst in der Oberstufe habe sich ein anderes Mädchen mit ihr an-

gefreundet. Da aber ihre Mutter in dieser Zeit schwer erkrankte, übernahm Frau D. viele Aufgaben im Haushalt und fühlte sich als nun ältestes Kind verantwortlich für die jüngeren Geschwister.

Frau D. hat bis heute anhaltend hohe Ansprüche an sich und arbeitet in ihrem Beruf bis zur Selbstaufgabe. Sie meint, nur durch übermässige Leistung und Verzicht auf eigene Wünsche eine Existenzberechtigung zu haben. Ebenso kümmert sie sich aufopfernd um ihre Verwandtschaft und möchte für diese jederzeit «da sein». Dass das hierdurch von ihr mehr oder weniger unbewusst ersehnte Zurückhalten von Fürsorge und Aufgehobenheit weitgehend ausbleibt, erfüllt sie wiederkehrend mit Niedergeschlagenheit. Wenn zudem die für ihr fragiles Selbstwertgefühl notwendige Bestätigung durch andere fehlt, oszilliert sie zwischen Selbstabwertung und verdeckter Enttäuschungswut auf die anderen. Essen lenke sie in solchen Situationen ab, es sei «wie eine Medizin», die sie runterschlucken könne und sie beruhige. Die regelmässigen Essanfälle können als Bewältigungs- und Abwehrversuche ihrer depressiven Grundstimmung verstanden werden.

Deutliche Therapieeffekte

Im Verlauf der 10-wöchigen stationären Therapie konnte Frau D. durch das Etablieren einer regelmässigen, ausgewogenen Ernährung und den Aufbau von körperlicher Bewegung eine Gewichtsreduktion von 15 Kilogramm erreichen – ein grosser Erfolg, sowohl für die körperliche und psychische Befindlichkeit als auch für das Selbstwerterleben. Aufgrund des grossen Ausgangsgewichts besteht trotzdem weiterhin eine hochgradige Adipositas. Die Therapieeffekte sind als erster Impuls für eine dauerhafte Veränderung des Essverhaltens zu verstehen. Da die Essattacken als dysfunktionale Kompensation von defizitärem Selbst-, Körper- und Beziehungserleben aufgefasst werden, muss die Psychotherapie fortgesetzt werden, genauso wie die erforderliche medizinische Begleitung bei den noch bestehenden Folgeerscheinungen der Adipositas.

Um den Behandlungserfolg nachhaltig zu sichern, ist weiterhin eine enge Kooperation der medizinischen und psychotherapeutischen ambulanten und gegebenenfalls stationären Behandler:innen gefragt – ganz im Sinne des psychosomatischen Grundgedankens einer «Leib-Seele-Einheit». ■

Privat Klinik Aadorf

*Persönlich
und diskret.*

Psychotherapie
Psychosomatik
Psychiatrie

AGENDA

Aadorfer Fachforum Psychotherapie

Bewegendes zur Anorexia nervosa

Donnerstag, 24. Oktober 2024, 13.30–17.00 Uhr

Bildungszentrum Sihlpost, Zürich

OPD-3 Grundkurs

Freitag, 8. November 2024 / Samstag, 9. November 2024, 9.00–18.00 Uhr

Privatklinik Aadorf, Aadorf

PRIVATKLINIK AADORF

Die Privatklinik Aadorf ist eine ärztlich geleitete Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Sie erfüllt den Leistungsauftrag des Kantons Thurgau und ist auf dessen Spitalliste aufgeführt.

Das Leistungsspektrum ist auf vier Fachgebiete fokussiert: Essstörungen, Adipositas, Depressionen / Angststörungen / Burnout sowie Psychotherapie 50+.

Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland.

Die Grundversicherung – auch für Ausserkantonale – ist ausreichend.

Vereinzelte Ausnahmen werden von der Klinik umgehend abgeklärt und rückgemeldet.



Allgemein
Versicherte
Thurgau



Allgemein
Versicherte
anderer Kantone



Halbprivat
Versicherte



Privat
Versicherte



Selbstzahler
In- und Ausland

Klinik Aadorf AG
Fohlenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf
Tel. +41 (0)52 368 88 88
Fax +41 (0)52 368 88 99
info@klinik-aadorf.ch
www.klinik-aadorf.ch

ISO 9001 zertifiziert