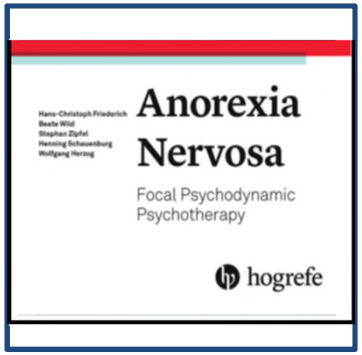
UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



Psychotherapie bei Essstörungen im Erwachsenenalter

Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Einführung

Welche Gedanken und Gefühle löst dieses Bild in Ihnen aus?

Einführung

- Paradoxie und Widersprüche
  - Autonomieideal vs. Geborgenheitswünsche
  - „Splendid isolation“ vs. Selbstunsicherheit
  - Horten von Lebensmitteln vs. Hunger leiden

- Herausforderungen in der Behandlung
  - Bindung an Symptomatik
  - Subjektive Gratifikation
  - Fehlende Krankheitseinsicht, Krankheitsverleugnung
  - Vermeidungscharakter

- -> schwierig die Patientin für die Behandlung zu gewinnen

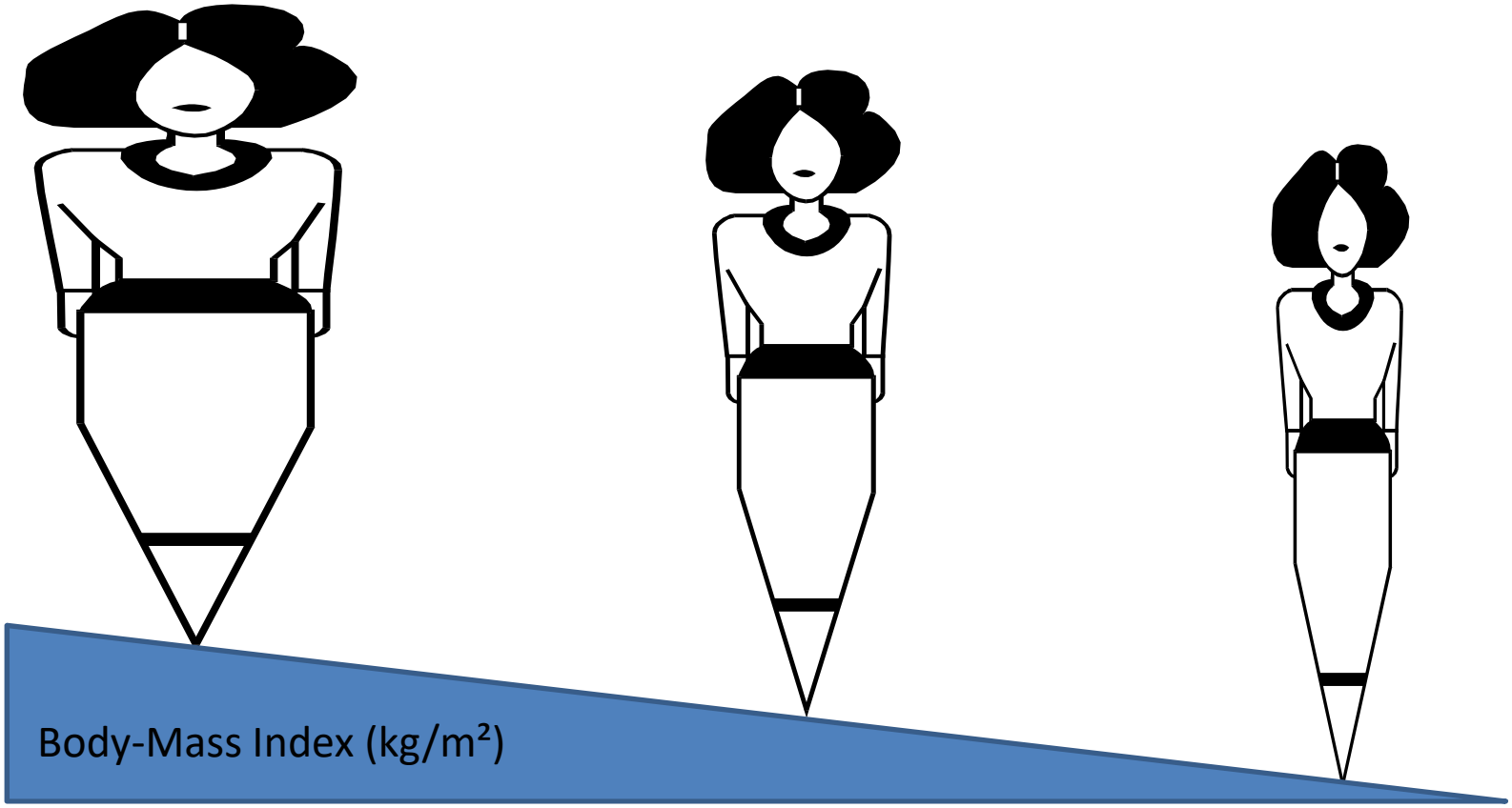
Übersicht

Spektrum der Ess-Störungen

Binge Eating Störung

Bulimia nervosa

Anorexia nervosa



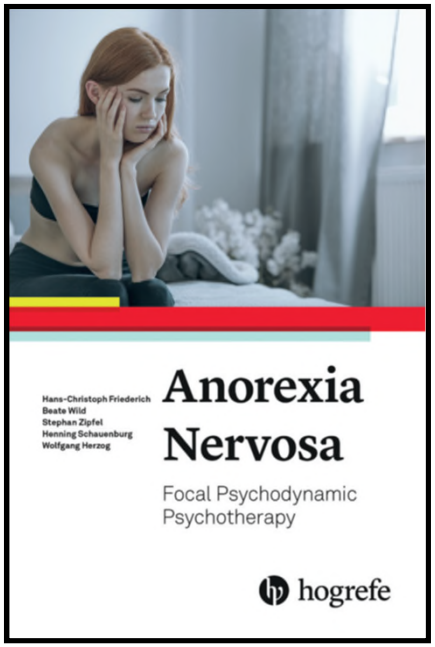
Psychotherapie

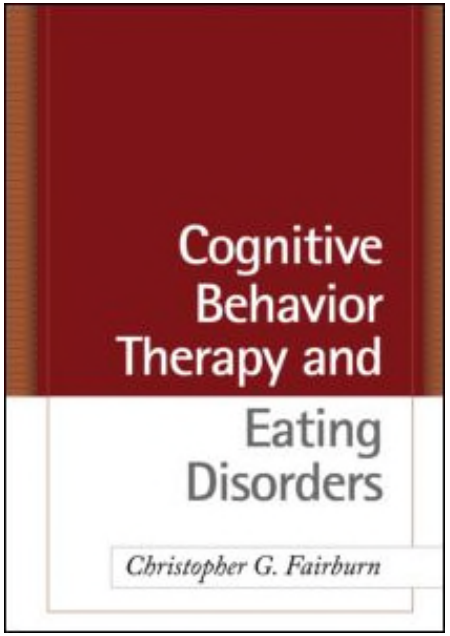
ANOREXIA NERVOSA

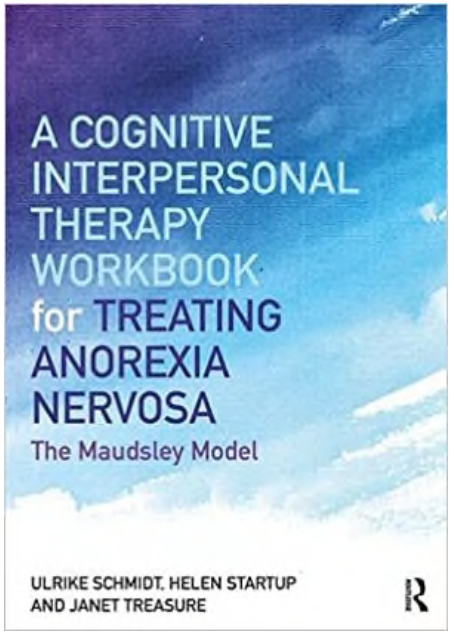
Psychotherapie der Magersucht

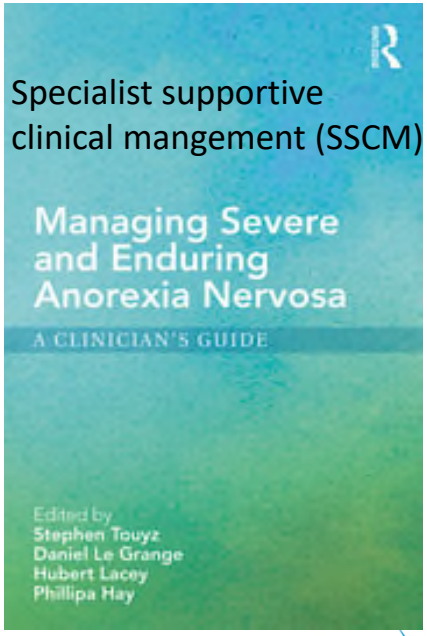
Essstörungsspezifisches Behandlungskonzept

Unspezifisches Behandlungskonzept









Magersucht

FPT, CBT-E versus „treatment as usual“

Funded by
Federal Ministry of Education and Research

NTOP

10 Centres	**Centre directors**
Bochum	Prof. Herpertz
Erlangen	Prof. de Zwaan
Essen	Prof. Senf
Freiburg	Prof. Zeeck
Hamburg	Prof. Löwe
Heidelberg	Prof. Herzog
München	Prof. Henningsen
Münster	Prof. Heuft
Tübingen	Prof. Zipfel
Ulm	Prof. v. Wietersheim

Forschungsverbund zu Essstörungen
EDNET

Data management:
Coordination Centre for Clinical Studies (KKS) Marburg

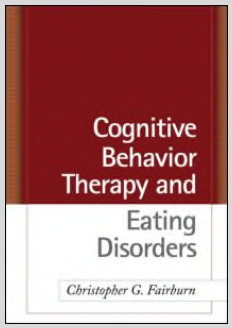
Biometry: Heidelberg

Zipfel et al. 2014 Lancet

UK HD

Magersucht
Behandlungsmanuale

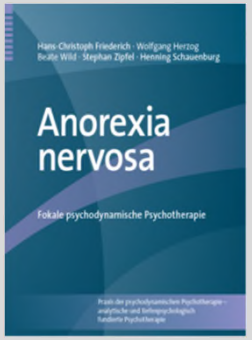
CBT



- Symptomorientierter Fokus (z.B. Essprotokolle)
- Module (obligatorische vs. optional)
- Hausaufgaben

→ Wiegen durch Therapeuten

FPT



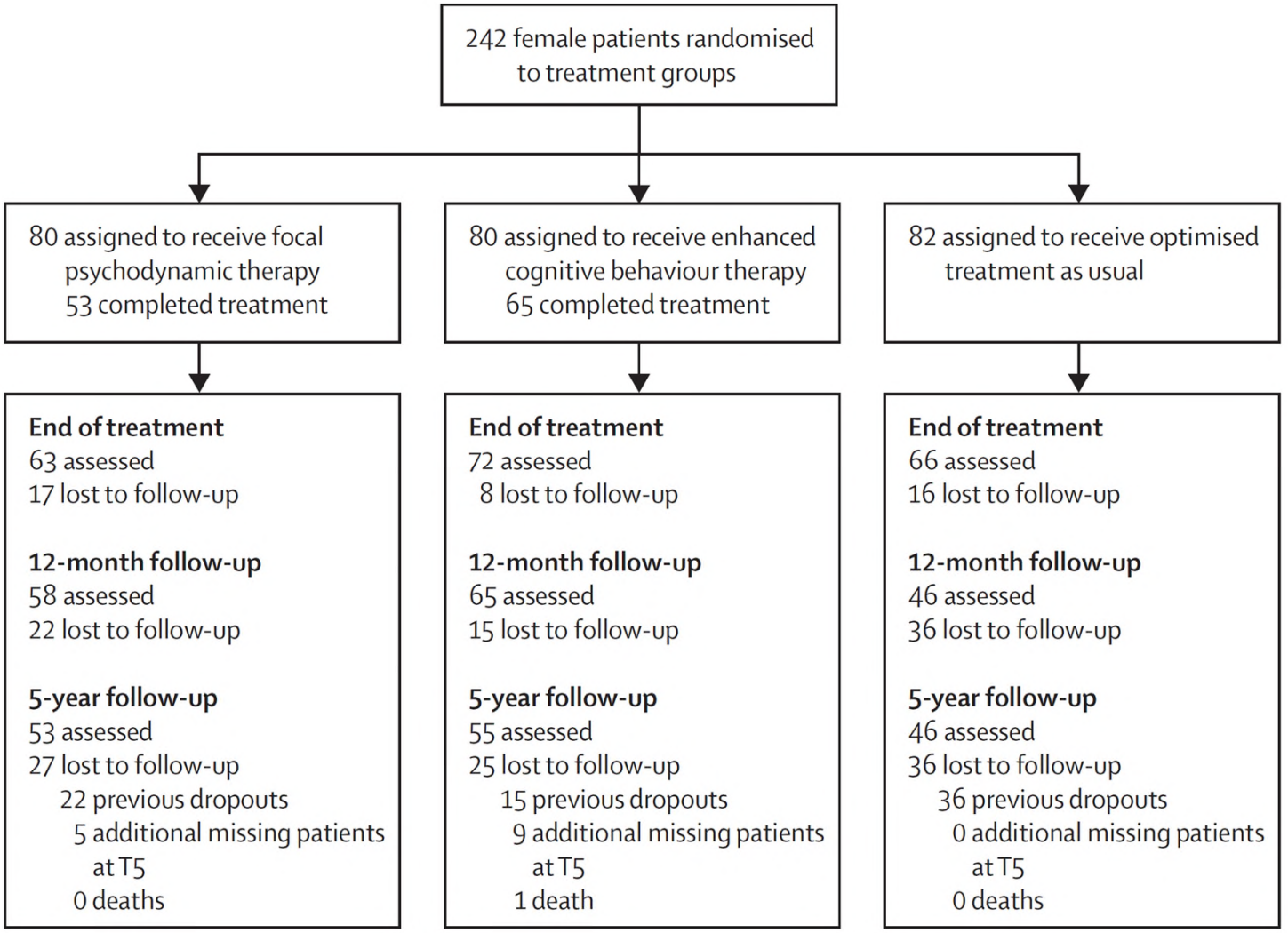
- Fokus auf der Beziehung und dem Bindungsstil
- Operationalisierte psycho-dynamische Diagnostik (OPD)
- 3 Phasen

→ Wiegen durch Studienassistenz

TAU-O

(„treatment as usual - enhanced“ ; ambulante Richtlinienpsychotherapie und strukturierter Hausarztkontakt)

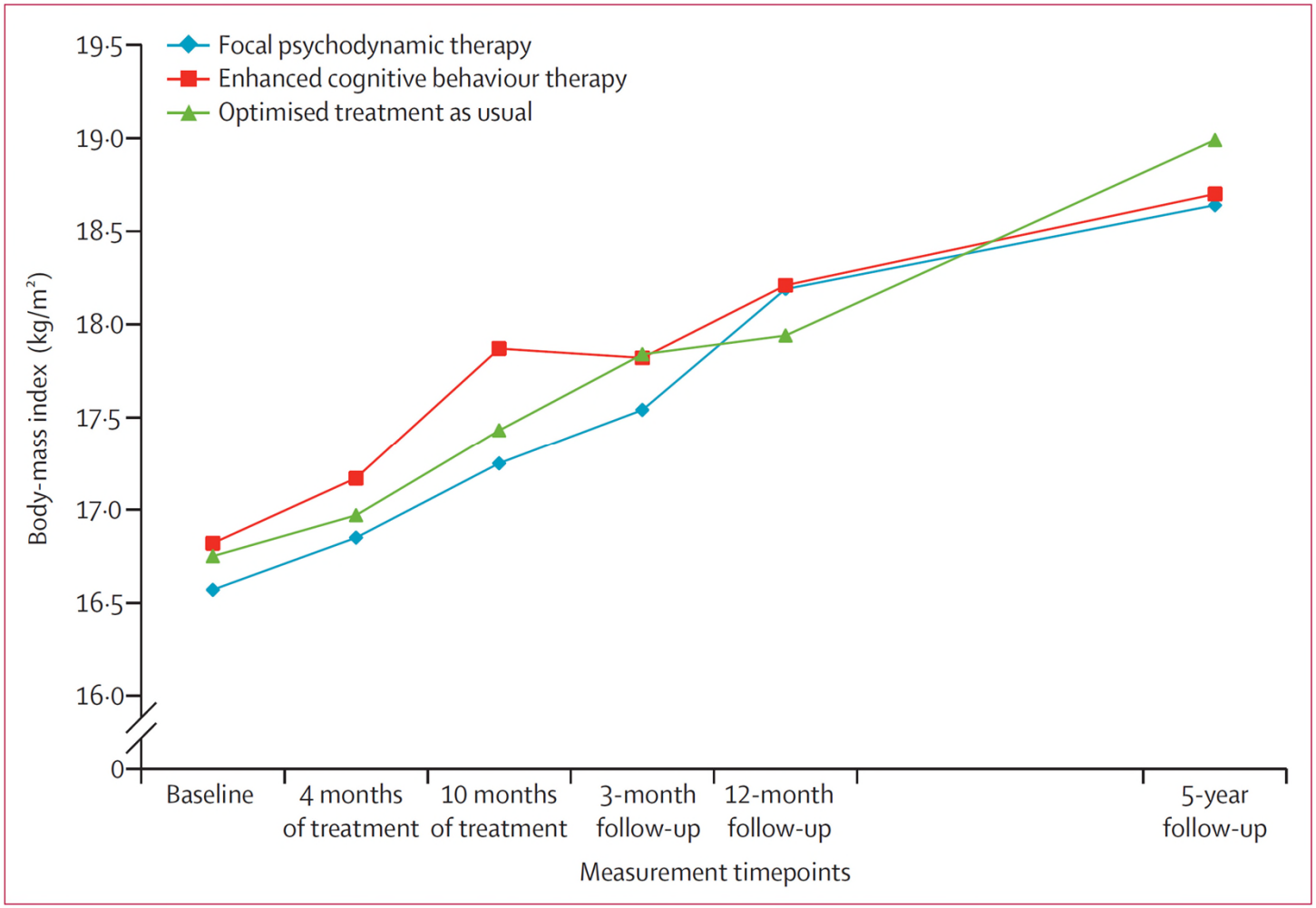
Magersucht
Flow-chart



≈68%

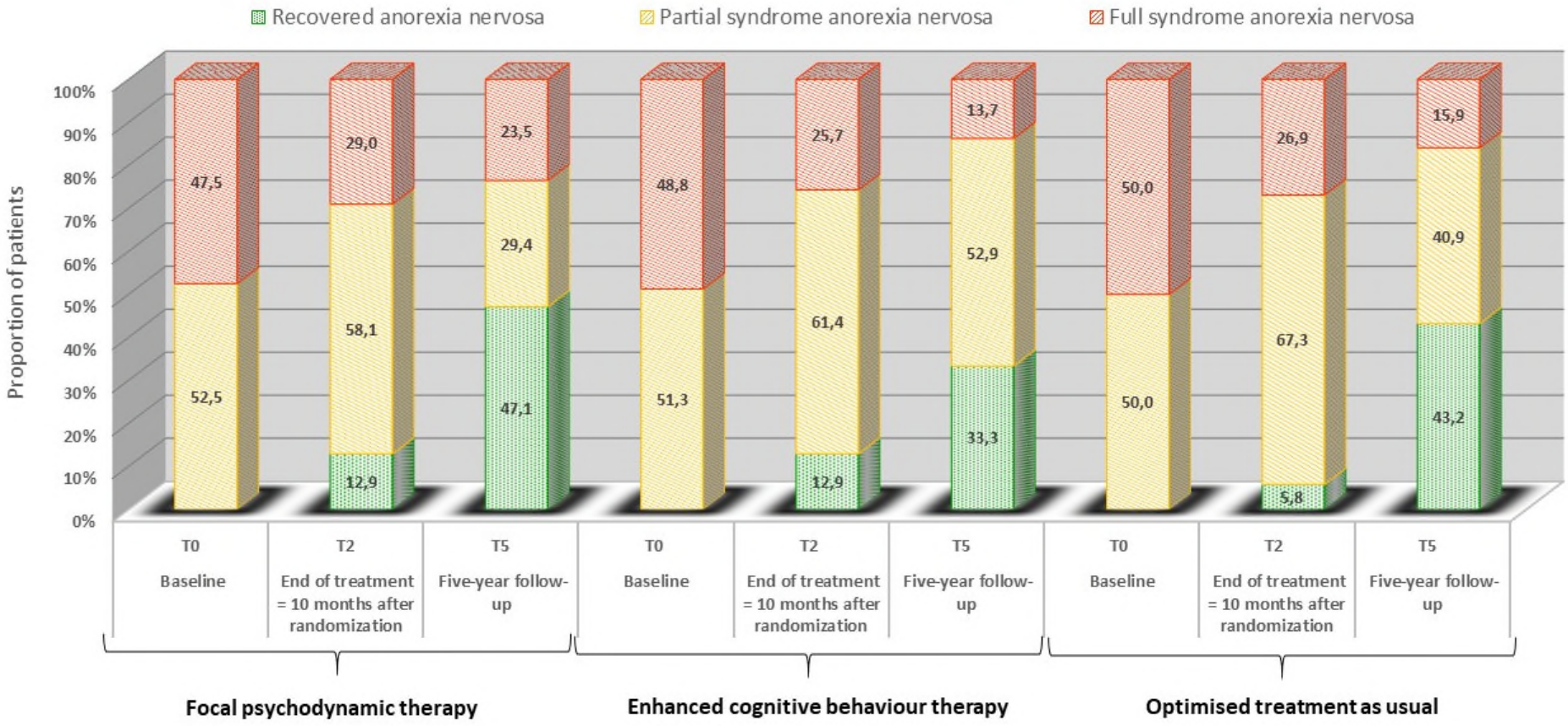
Herzog et al. 2022

Magersucht
BMI-Verlauf



Herzog et al. 2022

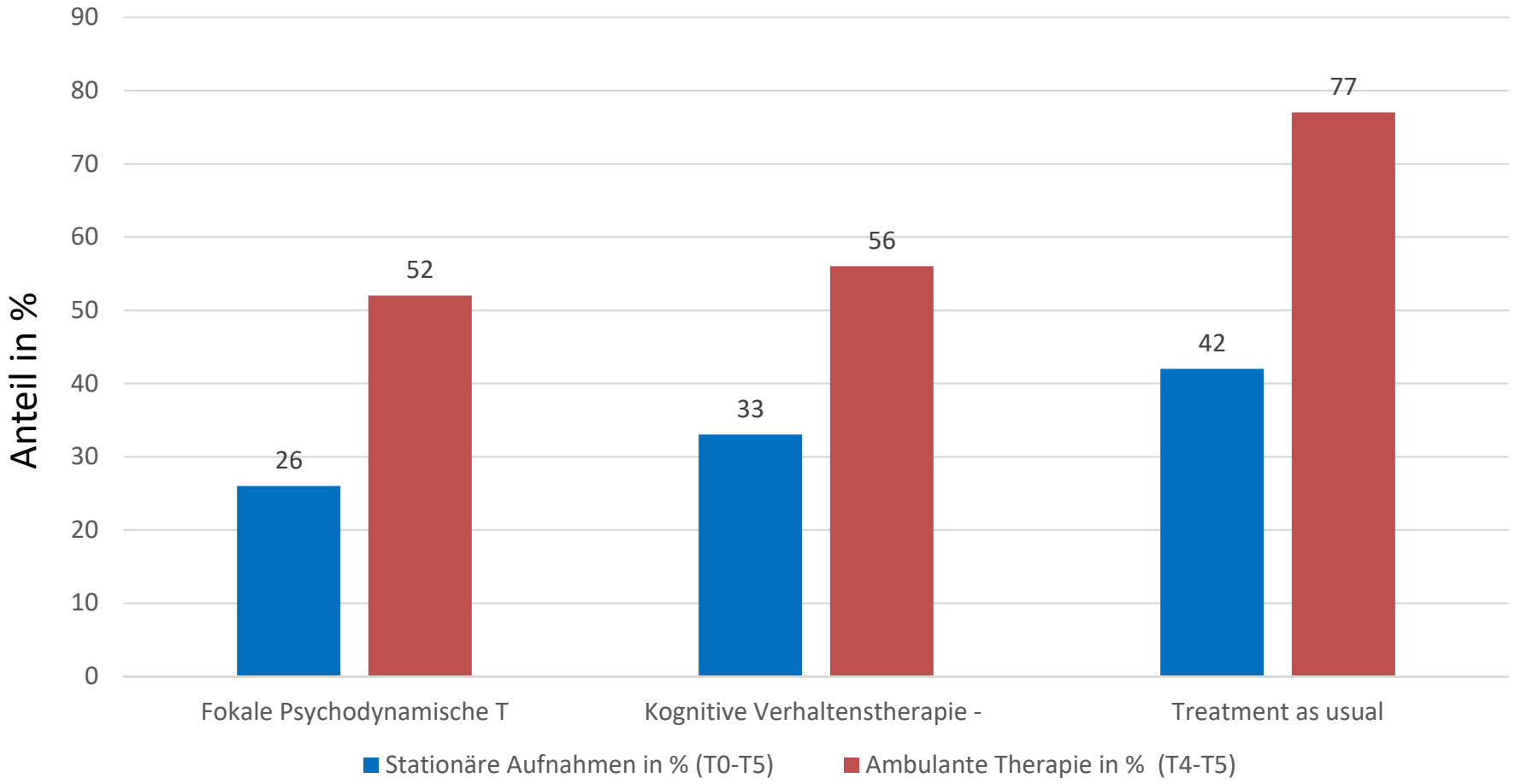
Magersucht
Global Outcome



Herzog et al. 2022

Magersucht

Inanspruchnahme zusätzlicher Therapie



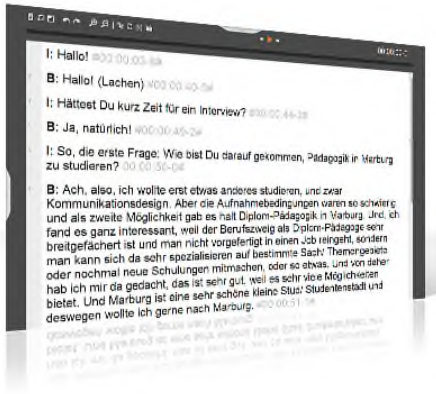
Herzog et al. 2022

Magersucht - Sekundäranalysen
Prädiktoren für Behandlungserfolg (BMI)

- Prädiktoren für negativen Outcome
  - Niedriger Ausgangs-BMI
  - Dauer der Erkrankung (> 6 Jahre)
  - Höheres Lebensalter zu Beginn der Therapie
  - Komorbide Depression bzw. niedriges Selbstwertgefühl
- Angststörungen, einschließlich Zwangserkrankungen, Essstörungspsychopathologie, Subtyp der Magersucht zeigten keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg (Wild et al. 2016)
- Soziale Faktoren (Familie, Partnerschaft, Bildung, berufliche Situation) zeigten ebenfalls keinen Einfluss (Teufel et al. 2017)

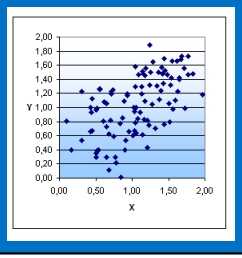
Magersucht - Sekundäranalysen
Therapieprozessforschung

- Computerized text analysis -



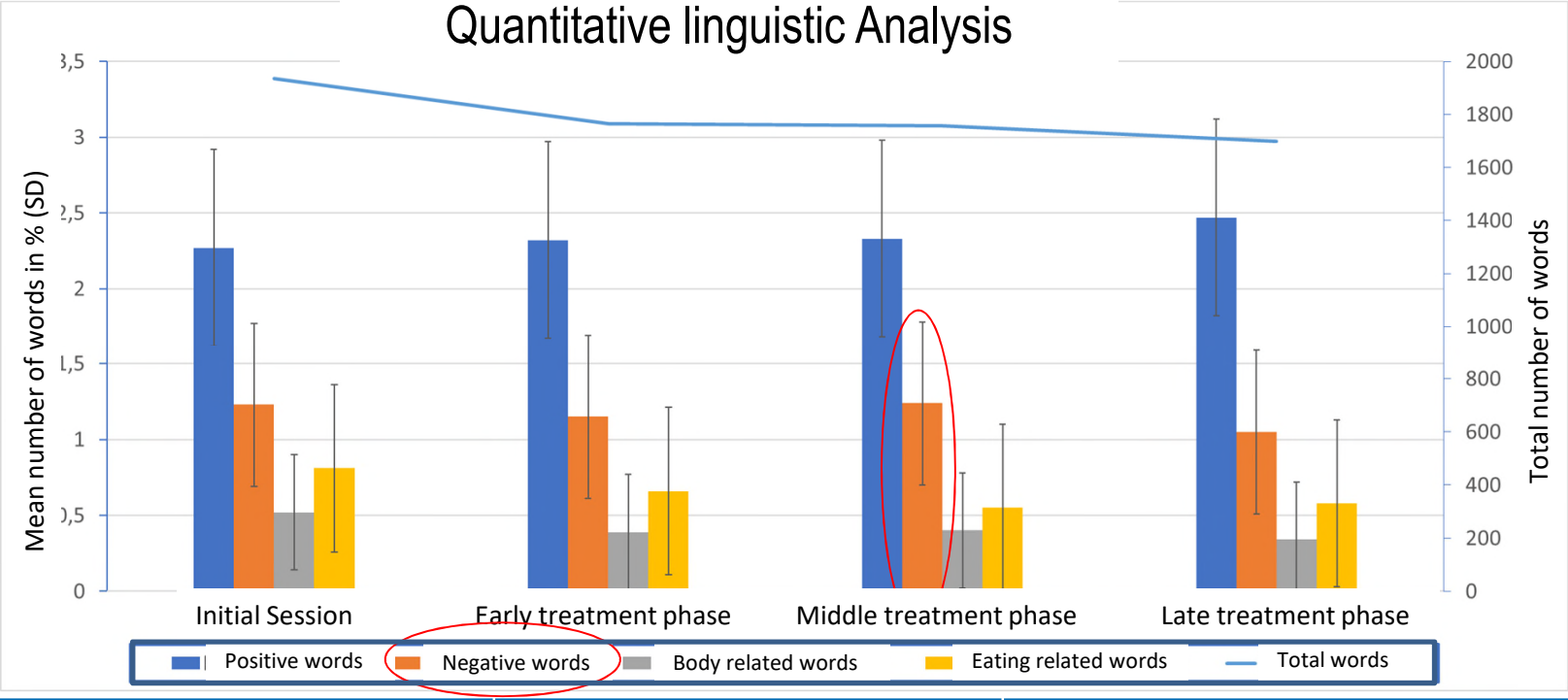
Extraction and analyses of word categories e.g.. emotional words

Correlation with outcome parameters



Friederich et al. 2017

Magersucht - Sekundäranalysen
Therapieprozessforschung

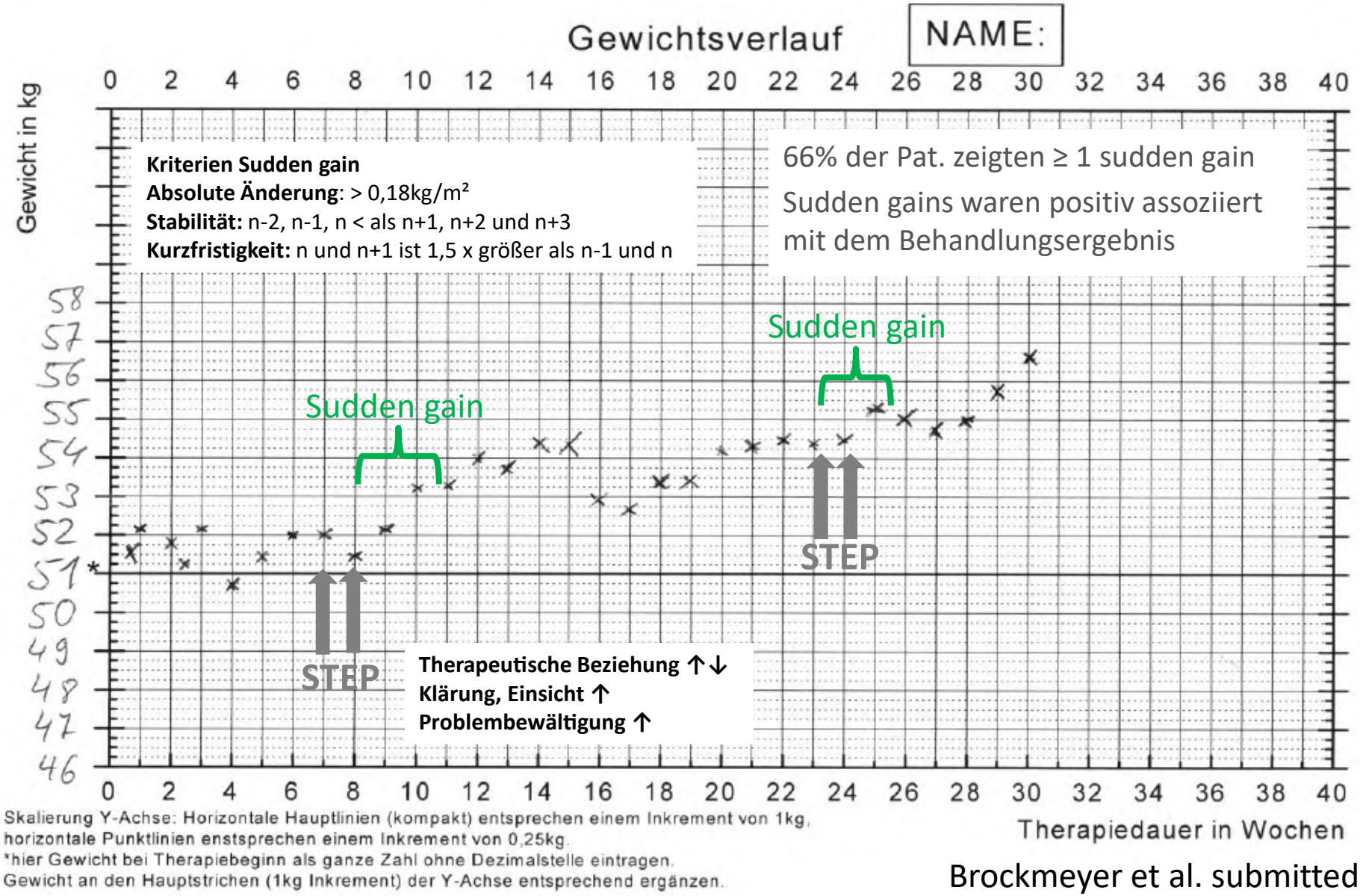


	BMI at the end of therapy				BMI at 1-year FU			
	B	SE B	β	p	B	SE B	β	p
% negative words in the middle phase of therapy	1.055	0.346	0.307	0.003	0.880	0.454	0.215	.057

Friederich et al. 2017 Psychother Psychosom

Magersucht - Sekundäranalysen

Therapieprozessforschung, „therapeutischer Durchbruch“



Brockmeyer et al. submitted

Zusammenfassung

Magersucht - ANTOP trial

- Ambulante Psychotherapie zeigt anhaltende Veränderungen Patientinnen mit Magersucht
  - BMI-Anstieg und Rückgang der Essstörungssymptomatik während und im Anschluss an die Therapie (Beobachtungszeitraum über 5 Jahre!)
  - 41% der Patientinnen zeigen eine Remission, 41% eine Teilremission und 18% weiterhin das Vollbild der Erkrankung
  - Störungsspezifische Therapie vergleichbar zu üblicher Standard-behandlung (cave: Ergebnisse beeinflusst durch intensive Nachsorge, > 50% der Pat. haben weitere Therapien in Anspruch genommen)
- Prädiktoren für gutes Behandlungsergebnis
  - Hoher Ausgangs-BMI
  - Kurze Erkrankungsdauer (< 6 Jahre)
  - Fehlende depressive Komorbidität

Zusammenfassung

Magersucht - ANTOP trial

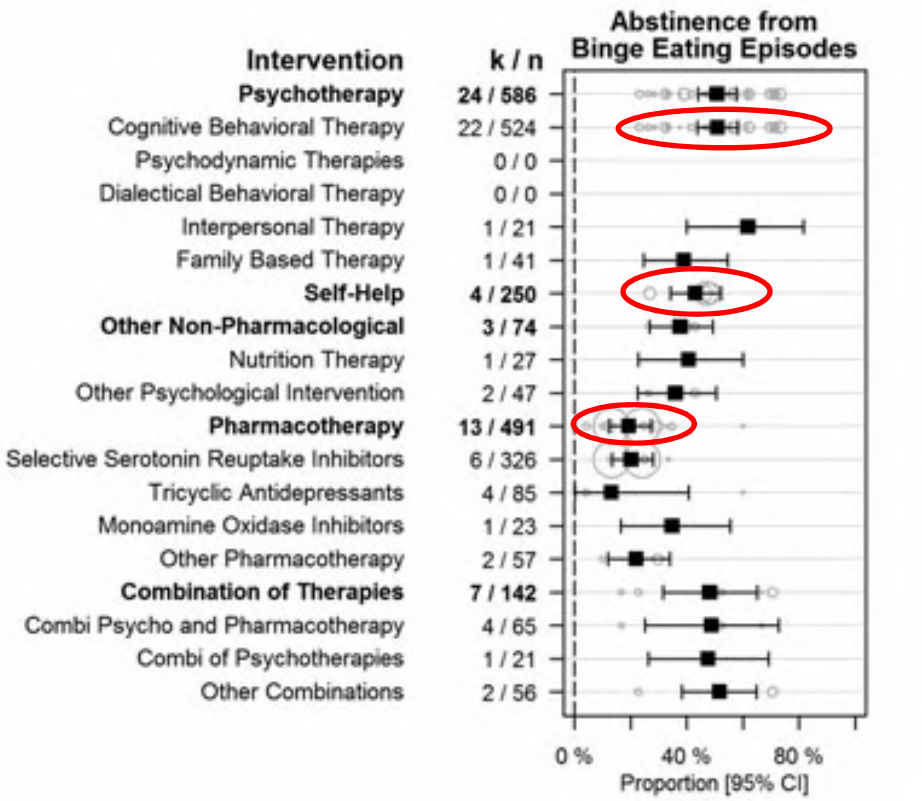
- Körperlich stabile Patientinnen mit einem BMI ≥ 15kg/m² können sicher in einem ambulanten Therapiesetting behandelt werden (Krankenhaus Back-up notwendig!)
- Entwicklung neuer gezielter Behandlungsstrategien für Patientinnen, die auf die bisherige Behandlung nicht ansprechen
- Frühzeitige Vorhersage eines schweren Krankheitsverlaufs bisher nicht möglich
- Sekundäranalysen der ANTOP Studie unterstreichen
  - die gezielte Berücksichtigung depressiver Komorbidität in der Behandlung
  - die Relevanz des affektiv-emotionalen Erlebens in der mittleren Therapiephase
  - eine phasenspezifische (frühe, mittlere, späte) Therapie, mit unterschiedlichen therapeutischen Herausforderungen

Psychotherapie

BULIMIA NERVOSA

Bulimia nervosa: Meta-Analyse

Vergleich Prä-Post-Treatment



Kognitive Verhaltenstherapie

- Abstinenzrate Essanfälle:
  51% (CI 0,44 – 0,58)
- Abstinenzrate Purging-Verhalten:
  54% (CI 0,46 - 0,62)
- Remission (Keine Essstörungsdiagnose):
  36% (CI 0,28 - 0,45)

Pharmakotherapie

- Abstinenzrate Essanfälle:
  19% (CI 0,13 – 0,27)

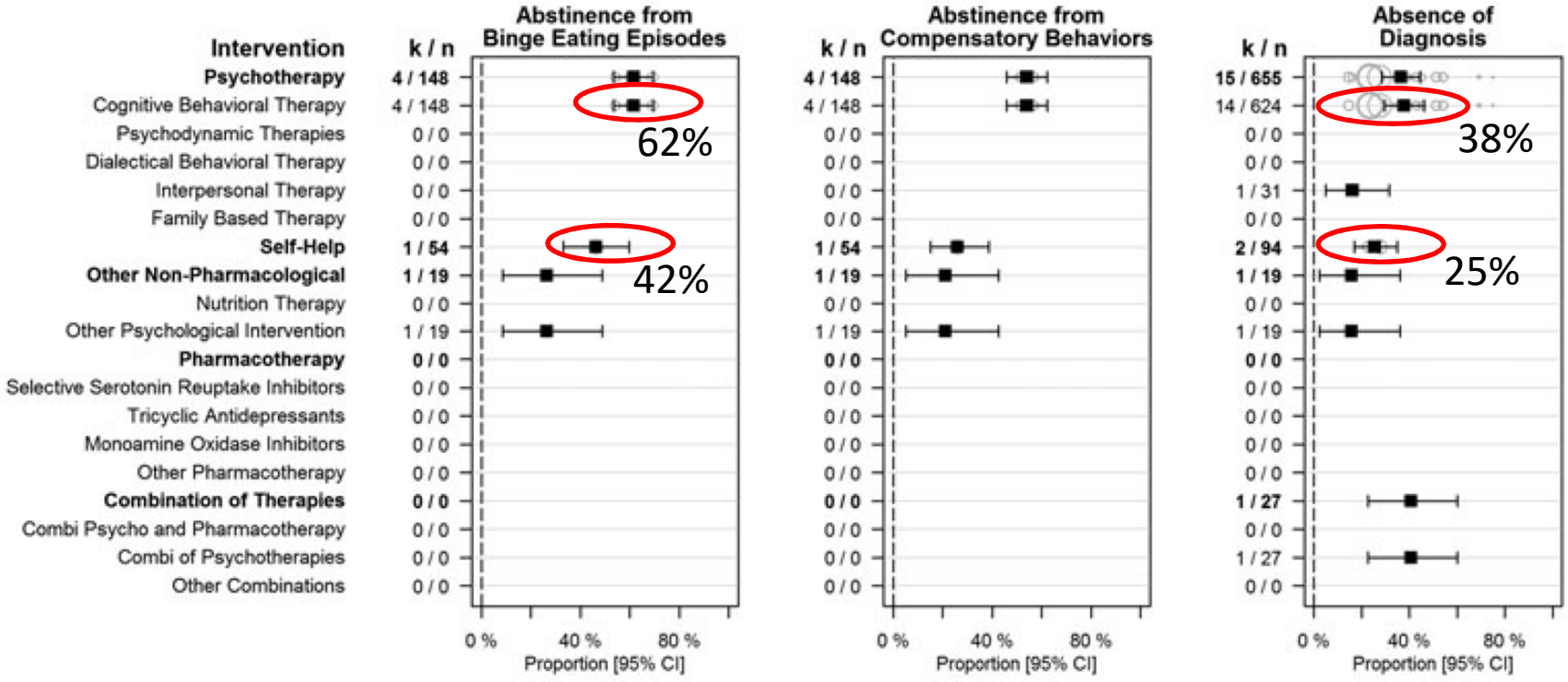
Angeleitete Selbsthilfe

- Abstinenzrate Essanfälle:
  42% (0,34 – 0,52)

Svaldi et al. 2019

Bulimia nervosa: Meta-Analyse

Katamnese



Svaldi et al. 2019

Bulimia nervosa: Meta-Analyse

- Prädiktoren für Behandlungserfolg
  - Kurze Erkrankungsdauer
  - Später Erkrankungsbeginn
  - höheres Lebensalter bei Behandlungsbeginn
  - Fehlen einer affektiven Komorbidität
- Inwieweit eine Kombinationstherapie (Psychotherapie plus Pharmakotherapie) wirksamer ist als Psychotherapie alleine erfordert weitere Studien
- Behandlungserfolg scheint unabhängig vom Therapiesetting (ambulant, tagesklinisch, stationär) -> primär ambulante Therapie
- Limitationen der Meta-Analyse
  - Studienqualität häufig eingeschränkt
  - Nachhaltigkeit für angeleitete Selbsthilfe unklar: keine FU-Untersuchungen

Svaldi et al. 2019

Zusammenfassung
Bulimia nervosa

- Patientinnen mit Bulimia nervosa sollten primär ambulant behandelt werden
- Behandlung der ersten Wahl ist eine Psychotherapie
  - die meiste Evidenz liegt für KVT vor (Remission ca. 38%)
  - angeleitete Selbsthilfe basierend auf KVT (Remission ca. 25%)
- Pharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie angeboten werden
  - Fluoxetin 60mg in D zugelassen (Wirkung bevorzugt auf Essanfälle)
- Aussagen zur Wirksamkeit sind nur für die KVT möglich.

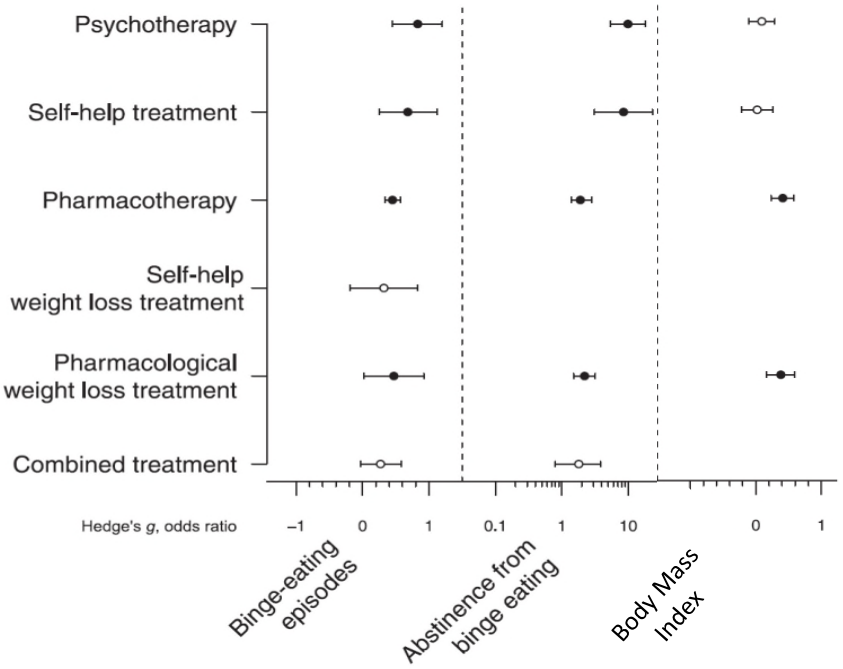
Svaldi et al. 2019

Psychotherapie

BINGE EATING STÖRUNG

Binge Eating Störung: Meta-Analyse

Vergleich Prä-Post-Treatment



Kognitive Verhaltenstherapie

- Abstinenzrate Essanfälle:
  53% (CI 0,45 – 0,61), Gewicht: n.s.
- Drop out: 19%

Pharmakotherapie

- Abstinenzrate Essanfälle:
  45% (CI 0,40 – 0,50), Gewicht: - 2,3kg
- Drop out: 29%

Angeleitete Selbsthilfe

- Abstinenzrate Essanfälle:
  46% (0,33 – 0,59), Gewicht: n.s.
- Drop out: 24%

Kombinationstherapie

- Kein zusätzlicher Nutzen

Konservative Gewichtsreduktion

- Abstinenzrate Essanfälle:
  45% (CI 0,30-0,53), Gewicht: -3,2-7,2kg
- Drop out: hoch

Hilbert et al. 2019, 2020

Binge Eating Störung: Meta-Analyse

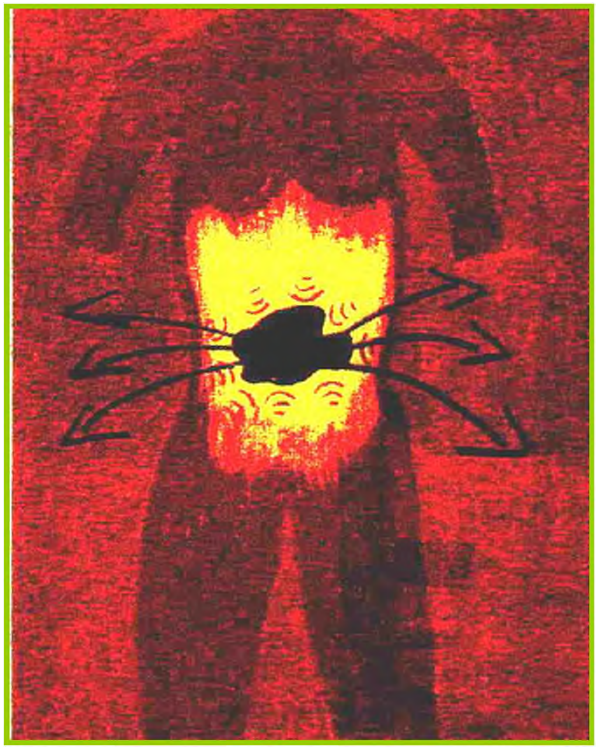
- Abstinenzrate für Essanfälle in Gruppentherapie höher als in Einzeltherapie (kein sign. Unterschied für Zahl der Essanfälle)
- Je höher die Zahl der Essanfälle vor Therapiebeginn desto stärker die Reduktion der Zahl der Essanfälle (kein sign. Zshg. für Abstinenzrate)
- Drop-out Rate Psychotherapie ca. 19%, Selbsthilfe 24%
- KVT war anderen Psychotherapien hinsichtlich der Abstinenzrate nicht überlegen
- Nachhaltigkeit für Psychotherapie und Selbsthilfe

Zusammenfassung
Binge-Eating Störung

- Behandlung der ersten Wahl sollte Psychotherapie sein:
  - meiste Evidenz für KVT (12 Mo-FU: Abstinenz 49%, Gewicht -4kg)
  - angeleitete Selbsthilfe (12 Mo-FU: Abstinenz 49%, Gewicht 0kg)
  - Konserv. Gewichtsreduktion (12 Mo-FU: Abstinenz ≈38%, Gewicht -5kg)
- Psychotherapie entfaltet sign. Effekt auf das Gewicht erst nach Therapieende bzw. im Verlauf (Enttäuschungsprophylaxe!)
- Derzeit kein Medikament in D zugelassen (USA: FDA Zulassung für Lisdexamfetamin)
  - Lisdexamfetamin, AD der 2. Generation, Antikonvulsiva sollten erwogen werden, wenn PT abgehlehnt wird bzw. nicht erfolgreich ist
  - Keine Nachhaltigkeit!

Zusammenfassung
Essstörungen

- Essstörungen sind häufig „dran denken“
- Körperliche Aspekte berücksichtigen (Hohe Morbidität und Mortalität)
- Remissionsrate nach Psychotherapie 40-50%
- Früher Behandlungsbeginn ist prognostisch bedeutsam
- Körperlich stabile Patientinnen mit einem BMI > 15kg/m² sollten primär ambulant behandelt werden
- Anorexia nervosa: Intensive Nachsorge nach stationärer Behandlung beachten, Rückfallrate ca. 31%



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERSAMKEIT